

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**EVTANAZIJA – IZZIVI NJENE LEGALIZACIJE V
PRAKSI**

**EUTHANASIA – CHALLENGES OF ITS LEGALISATION IN
PRACTICE**

Študentka: INGRID ŠTURM

Mentorica: doc. dr. ELIZABETA ZIRNSTEIN

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

Izola, 2017

IZJAVA O AVTORSTVU IN SOGLASJE ZA OBJAVO NALOGE

Spodaj podpisana Ingrid Šturm izjavljam, da je:

- predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah Uradni list RS št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

Soglašam z objavo elektronske verzije diplomske naloge v Repozitoriju UP ter zagotavljam, da je elektronska oblika naloge identična tiskani različici.

V Izoli, dne _____

Podpis študentke:

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Evtanazija – izzivi njene legalizacije v praksi
Tip dela	diplomska naloga
Avtor	ŠTURM, Ingrid
Sekundarni avtorji	ZIRNSTEIN, Elizabeta / BENKO, Ester
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2017
Strani	IV, 38 str., 42 virov
Ključne besede	evtanazija, legalizacija, paliativna oskrba, zakonodaja
UDK	179.7
Jezik besedila	slv

KEYWORDS DOCUMENTATION

Title	Euthanasia – Challenges of its Legalisation in Practice
Type	diploma work
Author	ŠTURM, Ingrid
Secondary authors	ZIRNSTEIN, Elizabeta / BENKO, Ester
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2017
Pages	IV, 38 p., 42 ref.
Keywords	evtanazija, legalizacija, paliativna oskrba, zakonodaja
UDK	179.7
Language	slv

KAZALO VSEBINE

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	I
KEYWORDS DOCUMENTATION	II
KAZALO VSEBINE	III
1 UVOD	1
2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNO VPRAŠANJE	4
3 METODE DELA IN MATERIALI	5
4 REZULTATI	6
4.1 Pojem evtanazije in njene vrste	6
4.1.1 Splošno o evtanaziji	6
4.1.2 Vrste evtanazije	7
4.1.2.1 Aktivna evtanazija	7
4.1.2.2 Pasivna evtanazija	7
4.1.2.3 Neposredna evtanazija	8
4.1.2.4 Posredna evtanazija	8
4.1.2.5 Prostovoljna evtanazija	8
4.1.2.6 Neprostovoljna evtanazija	9
4.1.2.7 Pomoč pri umiranju kot spremljanje bolnih do praga smrti	9
4.2 Razumevanje evtanazije skozi čas	11
4.2.1 O evtanaziji v obdobju antične Grčije in Rima	11
4.2.2 Judovstvo in zgodnje krščanstvo	11
4.2.3 Skozi renesanso in razsvetljenstvo do 19. stoletja	12
4.2.4 Evtanazija v 20. stoletju	12
4.3 Stališča o evtanaziji v sodobni slovenski družbi	14
4.3.1 Mnenja o evtanaziji pri nas	14
4.3.1.1 Mnenje stroke	15
4.3.1.2 Stališča teologov in verskih skupnosti	16
4.3.1.3 Filozofi na nasprotnem polu	19
4.4 Evropske države z legalizirano evtanazijo	20
4.4.1 Nizozemska	20
4.4.2 Belgija	21
4.4.3 Luksemburg	22
4.4.4 Švica	23
4.5 Pravna ureditev evtanazije v Sloveniji	23

4.5.1	Splošno	23
4.5.2	Kazenski zakonik	24
4.5.3	Zakon o pacientovih pravicah	24
4.5.3.1	Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju	24
4.5.3.2	Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje	25
4.5.3.3	Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja	25
4.5.4	Načela medicinske deontologije	26
4.5.4.1	Kodeks zdravniške etike	26
4.5.4.2	Deklaracija o terminalni bolezni	26
4.5.4.3	Priporočila za zdravnike v primerih pacientov v trajnem vegetativnem stanju	27
4.5.4.4	Deklaracija o evtanaziji	28
4.5.4.5	Deklaracija o samomoru z zdravnikovo pomočjo	28
4.6	Paliativna oskrba	28
4.6.1	Začetki blažilne oskrbe bolnikov pri nas	29
4.6.2	Pomen paliativne oskrbe	29
5	ZAKLJUČEK	31
6	VIRI	33
	PRILOGE	37

1 UVOD

Evtanazija je tako danes kot tudi zgodovinsko gledano ena izmed najbolj vročih pravnih, moralno-etičnih in zdravstvenih tem. Razprave o uzakonitvi pravice do evtanazije so razdvajale strokovno in laično javnost v preteklosti in jo z vedno večjo ostrino razdvajajo tudi danes. V primerjavi z dilemami, ki so se glede evtanazije pojavljale v preteklih stoletjih, pa se v 21. stoletju vprašanja o odločitvah ob koncu življenja postavljajo na eni strani zato, ker postaja koncept avtonomije bolnika vse pomembnejši, na drugi strani pa zaradi hitrega naraščanja števila starejših in kronično bolnih ljudi. Tako lahko v poskusih legalizacije evtanazije v zadnjih nekaj desetletjih prepoznamo ekonomski interes. Kvalitetna razprava in doseganje družbenega konsenza o tem občutljivem vprašanju sta zaradi omenjenih dejstev danes bistvenega pomena. Žal soglasja glede tega znotraj stroke ni, laična javnost pa ima o tem zahtevnem področju premalo znanja.

Evtanazijo je mogoče razumeti na več načinov. Nekateri jo pojmujejo kot pretresljivo in neetično dejanje, drugi kot hudodelstvo, tretji kot tragično pomoto ali pa prefinjeno medicinsko tehniko v skladu z najnovejšimi medicinskimi odkritji. Nekaterim evtanazija pomeni skrajšanje trpljenja hudo bolne oziroma umirajoče osebe, drugi jo enačijo z usmrtitvijo iz sočutja ali ubojem na zahtevo, kar argumentirajo s pravico do pospešitve smrti neozdravljivo bolnih (Milčinski, 1982). Milčinski evtanazijo opredeljuje kot pomoč pri umiranju in smrti neozdravljivih in umirajočih bolnikov ter zmanjševanje njihovega trpljenja oziroma kot dostojanstveno smrt.

Tradicionalna delitev razlikuje aktivno in pasivno ter prostovoljno in neprostovoljno evtanazijo. Obstaja tudi delitev na neposredno in posredno (indirektno) evtanazijo; slednja nastane kot posledica protibolečinske terapije in tako nenamerno pospeši smrt (terapija z dvojnimi učinkom). Pri vrstah evtanazije je pomembno izpostaviti zdravniško pomoč pri samomoru in pomoč pri umiranju kot spremljanje neozdravljivo bolnih do praga smrti, ki je znana kot paliativna nega (npr. program Hospic, ki je bil oblikovan z namenom, da bi bila oskrba neozdravljivo bolnih in umirajočih čimbolj kakovostna in celostna) (Mlinar, 2005).

V najnovejših razpravah o sprejemljivosti ali nedopustnosti evtanazije se kot nova kategorija pojavlja pojem »kvaliteta življenja«. Podaljševanje življenja, katerega kvaliteta je zaradi hudega trpljenja na zelo nizki ravni, se zagovornikom evtanazije zdi brez vsakršnega smisla, zato se zavzemajo za uzakonjenje zdravniške pomoči pri samomoru ali evtanaziji, ki naj bi bila ena izmed človekovih pravic. Njihovo mnenje je, da v nekaterih primerih podaljševanje življenja bolniku predstavlja veliko več trpljenja kot smrt; med evtanazijo in odtegnitvijo zdravljenja pa z etičnega vidika ni nobene razlike. Tisti, ki upravičujejo evtanazijo kot usmrtitev trpečega bolnika iz usmiljenja, se opirajo predvsem na človekovo osebno avtonomijo in pravico, da odloča o samem sebi, ter na pravico do dostojanstvene smrti (Šibila, 2010). Nasprotniki evtanazije pa svoja

stališča utemeljujejo s spoštovanjem svetosti in nedotakljivosti človeškega življenja. Po njihovem mnenju skrb za bolnikovo blagostanje ne opravičuje evtanazije. Glede na hiter razvoj medicine v preteklih desetletjih in razvoj medikamentozne terapije vključno z analgetiki, ki pomembno olajšajo bolečine in trpljenje, naj bi bilo veliko bolezni, ki so nekoč veljale za neozdravljive in smrtne, danes mogoče odpraviti. Nasprotniki evtanazije opozarjajo tudi na nevarnost splošnega upada spoštovanja človeškega življenja, kar bi lahko privedlo do rutine množičnih usmrtitev. Nekateri svarijo, da je evtanazijo nemogoče pravno urediti tako, da bi bil njen postopek varen pred zlorabami. To velja posebej za Nizozemsko, ki je prva na svetu, ki je evtanazijo legalizirala. Kljub temu da je Nizozemska država z vrhunsko zdravstveno službo in zgledno urejeno družbo, se ji ni uspelo izogniti hudim napakam in številnim zlorabam v povezavi z evtanazijo (Šibila, 2010; Trontelj, 2003). Tak je denimo primer Gaby Olthuis (Nizozemska), ki je doživljala glasove, kot bi nekdo z nohti drsal po šolski tabli oziroma kot bi čez njo vozil vlak. Njeno zdravstveno stanje nikakor ni bilo neozdravljivo ali v življenjski ogroženosti, a je kljub temu zdravnik na njeno zahtevo opravil evtanazijo (»Lastna odločitev o življenju in smrti«, 2015).

Poseben primer izvršitve evtanazije je iz Belgije, druge države na svetu, ki je legalizirala evtanazijo, takoj za Nizozemsko. Gre za primer 45-letnih dvojčkov, ki sta bila rojena gluha. Ko sta izvedela, da naj bi zaradi svojega zdravstvenega stanja kmalu izgubila še vid, sta zahtevala usmrtitev, saj ju je dejstvo, da se ne bosta mogla nikoli več videti, močno prizadelo (živela sta namreč skupaj, se sporazumevala s komunikacijo, ki sta jo razumela le onadva in njuni najožji svojci, z zunanjim svetom pa nista imela prav veliko stikov). V strahu, da bi sčasoma končala v kakšni instituciji in postala popolnoma odvisna od drugih, sta skoraj dve leti iskala ustanovo, ki bi jima ugodila. Kljub temu da dvojčka nista umirala in da nihče od njiju ni trpel za neznosnimi bolečinami, so belgijski zdravniki njuni želji ugodili ter opravili evtanazijo (»Belgijska dvojčka evtanazirali«, 2013).

Predlogi o uveljavitvi pravice do evtanazije razdvajajo strokovno in laično javnost tudi pri nas. Pri odločanju o tem, ali v Sloveniji uzakoniti evtanazijo ali ne, so pomembne izkušnje iz držav, ki so evtanazijo že legalizirale. Skrbno je treba preučiti in upoštevati možne negativne učinke evtanazije, predvsem možnost porasta stopnje samomorilnosti, diskriminacijo bolnih in starejših ter na splošno manjšo vrednost človeškega življenja.

Raziskovalci v Veliki Britaniji po legalizaciji evtanazije oz. zakonski uvedbi t. i. »samomora z zdravniško pomočjo« beležijo porast stopnje samomorilnosti, čeprav so bili zagovorniki samomora z zdravniško pomočjo mnenja, da se bo z zakonsko uvedbo takšne smrti stopnja samomorilnosti znižala. Izsledki teh raziskav opozarjajo na to, da je nujno potrebna odgovornejša uporaba izraza »evtanazija«. Da medicinska pomoč pri samomoru ne zmanjšuje običajne stopnje samomorilnosti, sta v svoji raziskavi ugotovila David Paton in David Albert Jones, in sicer na podlagi podatkov iz štirih ameriških zveznih držav, v katerih so v zadnjih dvajsetih letih dopuščali tovrstno medicinsko

pomoč. Primerjala sta število samomorov brez medicinske pomoči s številom vseh samomorov pred in po uvedbi zakona. V primerjavi z drugimi ameriškimi zveznimi državami pa so rezultati raziskave pokazali, da se je število samomorov povečalo, vključno s skupnim številom samomorov (M. Štefanič, 2015).

Evtanazija naj bi vodila v diskriminacijo bolnih in starejših. Prepričanje, da manjša kvaliteta življenja pomeni tudi njegovo zmanjšano vrednost, ogroža predvsem bolne, invalidne in starejše ljudi. Poleg tega bi se ob uzakonjeni aktivni evtanaziji nekateri bolniki lahko čutili dolžne sprejeti odločitev za končanje svojega življenja, bodisi zaradi razbremenitve svojcev, zdravstvenih delavcev ali katerihkoli drugih oseb, ki v času bolezni skrbijo zanje. Mag. Susanne Kummer (Bioetični inštitut IMABE, Dunaj) opozarja na to, da že uzakonjenje evtanazije povečuje pritisk na bolj ranljive posameznike (M. Štefanič, 2015). Zanimljivo ni niti tveganje za pojav zlorab in napačnih presoj glede vprašanja, kdo je primeren za izvršitev evtanazije in kdo ne.

2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Namen te naloge je na podlagi znanstvene in strokovne literature zbrati, analizirati in medsebojno primerjati stališča za in proti evtanaziji ter opozoriti na praktične probleme, ki jih lahko prinese njena legalizacija. Cilji diplomske naloge so tako naslednji:

- predstaviti razvoj evtanazije, njeno razumevanje in odzive nanjo skozi čas;
- predstaviti mnenja nasprotnikov in zagovornikov evtanazije;
- opozoriti na težave, ki se pojavljajo v praksi pri izvrševanju evtanazije v državah, v katerih je uzakonjena.

Namen diplomske naloge je odgovoriti na naslednje raziskovalno vprašanje:

- Katere so možne pasti (negativne posledice) morebitne legalizacije evtanazije v Sloveniji?

3 METODE DELA IN MATERIALI

Pri pisanju diplomske naloge smo uporabili teoretično oziroma opisno metodo dela, ki smo jo kombinirali z različnimi metodami analize dokumentov oziroma dela z besedilom. Z metodo analize smo preučili znanstveno in strokovno literaturo na obravnavanem področju. Prav tako smo preučili veljavno zakonodajo, ki se nanaša na dopustnost oz. nedopustnost evtanazije v Sloveniji. Z metodo kompilacije smo povzemali stališča domačih in tujih avtorjev, ki so obravnavali vprašanje evtanazije. Z metodo komparacije smo njihova stališča medsebojno primerjali. Metoda sinteze nam je služila za združitev spoznanj v novo celoto, ugotovitve in priporočila pa smo utemeljili z metodo argumentacije.

4 REZULTATI

4.1 Pojem evtanazije in njene vrste

4.1.1 Splošno o evtanaziji

Beseda evtanazija se je skozi zgodovino uporabljala za opisovanje najrazličnejših, včasih tudi medsebojno nasprotujočih si dejstev, kot je npr. posameznikova želja po lepi in hitri smrti ali pozitivna skrb in nega na smrt bolnih in njihova želja, da bi se jim življenje končalo čim prej v čim manjših mukah, vendar izključno po naravni poti, brez predčasnega skrajševanja življenja, četudi bi to bila bolnikova želja. Danes v ta pojem vključujemo še želeno in načrtovano smrt, z namenom, da bi olajšali in skrajšali počasno ter boleče umiranje (Jelenko, 2013).

Evtanaziji je skoraj nemogoče postaviti univerzalno definicijo, saj se avtorji pri njenem opredeljevanju osredotočajo na različne oblike evtanazije, o čemer smo podrobneje pojasnili v naslednjem podpoglavju. Nekateri evtanazijo obravnavajo kot skrajšanje trpljenja neozdravljivo bolnih s pospešitvijo smrti oziroma usmrtitvijo iz sočutja. Po njihovem mnenju naj bi bilo skrajšanje trpljenja neozdravljivo bolnih človekova pravica. Na drugem polu so ljudje, ki poudarjajo človekovo pravico do življenja in posledično razlagajo evtanazijo kot nedopustno dejanje. Na splošno lahko evtanazijo razumemo kot pomoč pri umiranju in smrti neozdravljivih ter umirajočih bolnikov in kot zmanjševanje njihovega trpljenja oz. kot dostojanstveno smrt; nekateri jo razlagajo tudi kot pomoč pri samomoru ali samomor s pomočjo (Milčinski, 1982). Podobno tudi Jelenko (2013) evtanazijo definira kot pomoč pri umiranju z opuščanjem zdravljenja (pasivna evtanazija) ali z aktivnim ukrepanjem (aktivna evtanazija) oz. poseganjem v posameznikov življenjski proces z namenom skrajšanja življenja iz usmiljenja do sočloveka. Skrajšanje življenja, ki ima kakršenkoli drug namen, pa je umor.

Ne glede na mnenja nasprotujočih si strani pojem evtanazija izhaja iz grških besed εὖ (dober) in θάνατος (smrt) (εὐθανάτος kot prislov, εὐθάνατος kot pridevnik, εὐθανασία kot samostalnik), kar v prevodu pomeni dobra smrt, opredeli pa jo šele pridevniško določilo, saj jo je na praktični ravni nemogoče izraziti drugače kot s pridevniki: aktivna, pasivna, posredna, neposredna ipd. Evtanazijo obremenjuje njena zgodovina, zaradi česar je prišlo do razmišljanj o prenehanju uporabe tega pojma. Mlinar (2005) omenja, da so nekateri ameriški avtorji predlagali nadomestna izraza, kot sta »dostojna smrt« in »pravica do smrti«, prim. C. E. Koop pa meni, da pojem »dobra smrt« ni nikoli dovolj odkrit in pošten ter je zato predlagal uporabo stvarnejših pojmov, kot so "uboj", "samomor" ali "grozeča smrt". Mlinar (2005) zaključí, da so v vsakem primeru pri iskanju pravilne opredelitve evtanazije posebej pomembni dejanska zdravniška praksa, zakonodaja in družbeno mnenje.

4.1.2 Vrste evtanazije

Evtanaziji je pravzaprav nemogoče postaviti neko univerzalno definicijo. Podobno je z njeno klasifikacijo. Različni avtorji pojem evtanazije različno delijo. Glede na tradicionalno delitev jo delimo na aktivno in pasivno evtanazijo, neposredno in posredno evtanazijo, prostovoljno (avtonomno) in neprostovoljno (heteronomno) evtanazijo, zgodnjo evtanazijo, terapijo z dvojnim učinkom, zdravniško pomoč pri samomoru in pomoč pri umiranju kot spremljanje bolnih do praga smrti (kot npr. Hospic), kar pojasnjujemo v nadaljevanju (Mlinar, 2005)

4.1.2.1 Aktivna evtanazija

Aktivna evtanazija pomeni povzročitev smrti na aktiven način; je aktivna pospešitev smrti neozdravljivo bolnega, ki mu je že nastopil čas umiranja, tako da mu tretja oseba (zdravnik) aplicira smrtonosno učinkovino, ki povzroči hitro in nebolečo smrt. To smrtonosno sredstvo je največkrat injekcija morfija, kalijevega klorida ali prekomeren odmerek protibolečinskih ali uspavalnih tablet. Skrajšanje življenja lahko bolnik zahteva sam, lahko pa o tem odloča tretja oseba, ki je zdravnik, sorodnik ali država, vendar mora ta odločitev temeljiti na dejstvih, ki potrjujejo, da je to način, ki je za težko in neozdravljivo bolnega oz. umirajočega najbolj ustrezen ter je izvršen iz sočutja in usmiljenja do osebe, ki trpi hude bolečine, neznosne muke in ponižanje (Kamnik, 2009; Podobnik, 2015; Šibila, 2010).

Poseg aktivne evtanazije izvede zdravnik, obstaja pa tudi način, ko si življenje vzame bolnik sam, kar imenujemo pomoč pri samomoru ali samomor z zdravnikovo pomočjo, ki je danes vse bolj aktualen. Pri tej obliki evtanazije zdravnik bolniku posreduje vse potrebne informacije in podrobnosti ter ga pouči o tem, kako si bo sam izvršil samomor. Če se bolnik za to odloči, mu zdravnik priskrbi in poda smrtonosno učinkovino, s katero si sam vzame življenje. V tem primeru zdravnik bolniku smrti ne zada, pač pa mu je ne prepreči (Šibila, 2010). V zvezi s tem Šibila (2010) meni, da je, kljub temu da pacient usmrtilitev izvrši sam, zdravnik za to soodgovoren.

Kot podvrsto aktivne evtanazije je vredno omeniti še zgodnjo evtanazijo, ki pomeni usmrtilitev težko bolnih in prizadetih otrok (Bajrektarevič, 2012).

4.1.2.2 Pasivna evtanazija

Pri pasivni evtanaziji gre za razliko od aktivne za opustitveno dejanje, ko se prekine zdravljenje in razne terapije, ki umirajočemu umetno podaljšujejo življenje. Na ta način se bolniku omogoči, da umre po naravni poti. Najpogostejše so to primeri, ko zdravnik ugotovi, da podaljševanje zdravljenja samo povečuje predsmrtno trpljenje in bolečine brez možnosti ozdravitve. Primer pasivne evtanazije je tudi odredba »ne oživljaj«. Ukine se nadaljevanje že obstoječega zdravljenja ali pa se za določen zdravstveni poseg

ali postopek zdravnik oz. pacient ne odloči, spremeni se režim delovanja nekega aparata (npr. izključitev respiratorja) ali ukine zdravilo, ki ohranja vitalne funkcije. Opustijo se običajne aktivnosti zdravstvene nege, kot sta hranjenje in dajanje tekočin pacientu. Ta lahko svojo željo, da se ga v določenih okoliščinah ne ohranja pri življenju, izrazi vnaprej. Pasivna evtanazija je tako po svetu precej pogosta, saj bolniku omogoča naravno smrt in s tem v praksi izključuje kazenskopravne sankcije (Bajrektarevič, 2012; Jelenko, 2013; Kamnik, 2009; Podobnik, 2015; Šibila, 2010).

4.1.2.3 Neposredna evtanazija

O neposredni ali direktni evtanaziji govorimo, ko zdravnik zavestno povzroči bolnikovo smrt; ta povzročitev je izvedena bodisi z jasnim namenom končati njegovo življenje (neposredna aktivna evtanazija) bodisi z namenom pustiti umreti pacienta, in sicer kot prekinitev ali opustitev dejanja (neposredna pasivna evtanazija). Neposredna evtanazija z dvojnim učinkom pomeni uporabo sredstev, ki zanesljivo skrajšajo pacientovo življenje (Bačnik, 2008; Jelenko, 2013; Mlinar, 2005).

4.1.2.4 Posredna evtanazija

Posredna ali indirektna evtanazija pomeni, da zdravnik dopušča bolnikovo smrt, in sicer kot posledico bolezni ali paliativne terapije. Tako kot neposredno lahko tudi posredno evtanazijo delimo na aktivno in pasivno. O posredni aktivni evtanaziji govorimo, ko gre za nehoteno usmritev bolnika, ki se ji ni bilo mogoče izogniti in je stranski učinek določene dejavnosti, npr. protibolečinske terapije. Posredna pasivna evtanazija pa pomeni opustitev dejavnosti z dopustitvijo procesa umiranja, ki je že v teku (Bačnik, 2008; Mlinar, 2005).

V posredno evtanazijo uvrščamo npr. terapijo z dvojnim učinkom, ki je po zakonu dovoljena tudi v Sloveniji. Uporablja se pri hudo bolnih z namenom lajšanja bolečin s pomočjo močnih protibolečinskih sredstev, kot so razni analgetiki, ki vsebujejo opij. Stranski učinek postopnega povečevanja odmerkov protibolečinske terapije je skrajševanje bolnikovega življenja. Veliki odmerki teh sredstev lahko ohromijo bolnikov dihalni center ter fiziološko lakoto in žejo. Terapija se nadaljuje s ciljem blaženja bolečin in duševnega trpljenja, čeprav z večanjem odmerkov pospešuje bolnikovo smrt (Jelenko, 2013; Mlinar, 2005).

4.1.2.5 Prostovoljna evtanazija

Prostovoljna evtanazija je usmritev popolnoma prisebnega in razsodnega neozdravljivega bolnika, ki neznosno trpi in umira v hudih bolečinah ter je pri polni zavesti in je tako sposoben zavestno odločati sam o sebi. Je izvršitev evtanazije na lastno veljavno izraženo željo bolnika. Obstajajo tudi primeri, ko bolnik predhodno

izrazi svojo zahtevo glede uporabe določenih medicinskih ukrepov v primeru, da kasneje ne bi bil več zmožen sam odločati o svojem zdravju (t. i. Living will listina) (Kamnik, 2009).

V vsakem primeru pa mora kandidat za prostovoljno evtanazijo izpolnjevati stroge pogoje (Bajrektarevič, 2012; Kamnik, 2009):

- je neozdravljivo bolan (npr. rak, odpoved jeter ali ledvic),
- zaradi bolezni trpi neznosne bolečine,
- malo je verjetno, da bi odkrili zdravilo, ki bi mu pomagalo v času, ki mu je preostalo,
- sposoben je prostovoljno in v polni zavesti izraziti željo, da želi umreti, oz. je že predhodno izrazil zahtevo, da hoče umreti, če pride do teh okoliščin,
- ne more umreti brez pomoči.

V številnih državah po svetu so ustanovljena tudi društva za prostovoljno evtanazijo, ki se borijo med drugim za legalizacijo prostovoljne evtanazije (Velika Britanija, Belgija, Nemčija, Švica, Avstralija, Japonska, Indija in druge) (Kamnik, 2009).

4.1.2.6 Neprostopvoljna evtanazija

Neprostopvoljna evtanazija je usmritev bolnika, ki ni zmožen izraziti svoje volje ali veljavne zahteve in zaradi svojega zdravstvenega stanja ni sposoben odločati o sebi in o svojem življenju. To pomeni, da je bolnik v globoki nezavesti oziroma trajnem vegetativnem stanju (kronično nezavestno stanje, ki nastane kot posledica hudih poškodb možganskih polobel); to so bolniki s hudimi duševnimi motnjami ali težko bolni in prizadeti otroci, dojenčki in novorojenčki, za katere velja izraz zgodnja evtanazija. Bolnik se glede odločitve o evtanaziji ni opredelil niti v času, ko je za to še bil sposoben. V tem primeru evtanazija ni povzročena na pacientovo prošnjo, pa tudi ne proti njegovi volji (brezvoljna evtanazija) (Bajrektarevič, 2012; Jelenko, 2013; Kamnik, 2009; Šibila, 2010).

Skrajnost neprostopvoljne je prisilna evtanazija, ki je usmritev bolnika sposobnega odločanja o sebi, proti njegovi volji. Gre za osebo, ki temu eksplicitno nasprotuje, in gre za pomanjkanje elementa privolitve. Najbolj znan primer tovrstnih usmrtitev je uporaba prisilne evtanazije v nacistični Nemčiji (Bajrektarevič, 2012; Jelenko, 2013; Kamnik, 2009; Šibila, 2010).

4.1.2.7 Pomoč pri umiranju kot spremljanje bolnih do praga smrti

Spremljanje umirajočih zajema vso plemenito zdravstveno oskrbo in zavzetost k lažšanju ali odstranjevanju trpljenja in blaženju umiranja. Pri tem se uporabljajo postopki zdravljenja, dokler je to upravičeno, sicer se lahko zdravljenje opusti ali ustavi. V to oskrbo spada terapija z dvojnim učinkom, saj ima bolnik predpisana močna

zdravila, ki sicer lahko pospešijo umiranje, čeprav temu niso namenjena. Spremljanje neozdravljivo bolnih ima lastnosti pasivne evtanazije, vendar v tem primeru ne moremo govoriti o ravnanju, ki povzroči smrt, temveč o priznanju in sprejetju neizogibnega dejstva smrti z željo, da bi ta potekala na čim bolj dostojanstven način (Jelenko, 2013; Šibila, 2010).

Takšnemu načinu oskrbe z drugo besedo pravimo paliativna nega, ki predstavlja popolno oskrbo neozdravljivo bolnih in umirajočih ter se osredotoča predvsem na lajšanje bolečin in trpljenja (za razliko od zdravstvene oskrbe v bolnišnicah, ki je usmerjena na zdravljenje bolezni). V praksi je oblikovanih več vrst paliativne oskrbe, ki se uporabljajo v bolnišnicah, domovih za ostarele, v za to primernih ustanovah ali na domu. V Sloveniji poznamo društvo in hišo Hospic, ki deluje na prostovoljni osnovi, namenjena pa je osebam s terminalno boleznijo, pri katerih so bile izkoriščene vse možnosti zdravljenja bolezni (Kamnik, 2009; Mlinar, 2005; Podobnik, 2015; Šibila, 2010).

4.2 Razumevanje evtanazije skozi čas

4.2.1 O evtanaziji v obdobju antične Grčije in Rima

Filozofi so se že v antičnem obdobju veliko ukvarjali z vprašanjem evtanazije. Na podlagi njihovih razlag se je razlikovalo več pomenov samega izraza. Tako so stoiki evtanazijo pojmovali kot dobro smrt, vendar tako, da je ta ovrednotila kvaliteto in dolgo življenje, saj je smisel le-tega postati moder, modrec pa umre pravične in dostojanstvene smrti (stoicizem je filozofija, ki je imela pristaše po vsej Grčiji in rimskem imperiju, ukvarja se s kozmičnim determinizmom in človeško svobodo). Za grškega pesnika Kratinosa je evtanazija pomenila nekaj drugega kot smrt, ki nastopi po dolgem bolezenskem obdobju, medtem ko je bilo mnenje starorimskega komediografa Plavta, da bi z evtanazijo lahko rešili negotove usode invalidov in otrok mladoletnih staršev. Rimski zgodovinar iz prvega stoletja Jožef Flavij pa evtanazijo razlaga kot hitro smrt (želja izgnanih gobavcev, ki niso želeli umirati od lakote in počasne smrti) (Mlinar, 2005).

V antiki je evtanazija pomenila lepo in častno smrt. Hitra smrt brez bolečin je bila ideal, za katerega so prosili bogove. Pojav pretiranega idealiziranja smrti se je kazal predvsem pri stoikih; samomor jim je namreč predstavljal izredno pogumno dejanje v primeru življenja brez smisla. Ljudje so takrat evtanazijo tako intenzivno povečevali zaradi strahu pred onemoglostjo, invalidnostjo in smrtonosnimi boleznimi (Šibila, 2010).

4.2.2 Judovstvo in zgodnje krščanstvo

V judovstvu in zgodnjem krščanstvu so stališča glede evtanazije povsem drugačna od tistih v antiki. Tu se začnejo pojavljati argumenti za in proti evtanaziji, čeprav Sveto pismo, v nasprotju z grško in rimsko antično kulturo, pojma evtanazija sploh ne omenja. V judovstvu ima življenje brezpogojno vrednost, pri tem je pomembna 5. zapoved, ki prepoveduje ubijanje, po čemer je (kljub temu, da njihove knjige in verski zakoni evtanazije posebej ne omenjajo) mogoče sklepati, da je poseganje v življenje človeka, tudi umirajočega, v judovstvu prepovedano. Zbirka rabinskih diskusij *Talmud* navaja, da je treba vsakega umirajočega obravnavati kot živega (tudi umirajoči je živ, zato je pospeševanje njegove smrti prepovedano), kar ne pomeni podaljševanja njegovega življenja. Gre za prepoved umirajočemu zatisniti oči, saj oseba, ki se umirajočega dotika, preliva njegovo kri (umirajočega primerja s stopljeno svečo, ki ob premikanju lahko ugasne) (Bajrektarevič, 2012; Mlinar, 2005).

Zgodnje krščanstvo ima glede končanja življenja neke vrste splošno stališče, da je Bog stvarnik in zato edini, ki lahko razpolaga s človekovim življenjem; samomor pa se tolerira le v primeru določenih okoliščin, ko ta predstavlja kazen za grešno življenje (Mlinar, 2005).

4.2.3 Skozi renesanso in razsvetljenstvo do 19. stoletja

V obdobju od renesanse do 19. stoletja se začenjajo razvijati znanstvene teorije o evtanaziji. Dobro smrt so pojmovali kot umetnost umiranja, začelo se je novo obdobje za diskusije o dobri smrti (Mlinar, 2005; Šibila, 2010).

Katoliški avtor Thomas More je bil s svojim delom *Utopija* (1516) eden izmed prvih avtorjev, ki je predlagal smrt iz usmiljenja, in sicer tako, da bi hudo bolne izločili iz življenja ali s samomorom ali z uspavali. Na otoku Utopija naj bi bili prebivalci deležni odlične oskrbe, neozdravljivo bolne pa naj bi oblasti ocenjevale glede na njihove sposobnosti za življenje. Tisti, ki so breme sebi in družbi, naj se odločijo za nebolečo in mirno smrt; tisti, ki se za to ne odločijo, pa bodo še naprej deležni enake pozornosti kot doslej (Mlinar, 2005).

Angleški utopist Francis Bacon prvič po 1500 letih uporabi izraz evtanazija v pomenu, ki ga je imela v antiki. Po njegovem je evtanazija cilj – smrt sama po sebi in predstavlja neboleče in prijetno umiranje, tisti, ki se odloči zanjo, pa naj bi bil šibak. Menil je, da bi zdravniki morali umirajočim ves čas nuditi podporo z učinkovito paliativno oskrbo in jim podaljševati življenje z vsemi sredstvi, prehod iz življenja bi morali le olajševati. Medicino je razumel kot umetnost ohranjanja zdravja in podaljševanja življenja, njena naloga pa je raziskovanje neozdravljivosti, da ne bi prihajalo do tega, da bi bolniki, ki so domnevno na smrt bolni in preživijo, razvrednotili pomen zdravljenja, bolniki z ozdravljivimi boleznimi pa umirali (Mlinar, 2005).

V razsvetljenstvu so življenje opisovali kot funkcije, ki se upirajo smrti, zato naj bi bila zdravnikova dolžnost pomagati naravi in podpirati njeno upiranje silam smrti. V tem obdobju je prišlo do razhajanj stališč, predvsem med angleškim in kontinentalnim razsvetljenstvom. Angleški empirizem samomora ne razlaga več kot zlo, temveč kot pogumen pobeg iz življenja pri neznosnem in nevzdržnem trpljenju, medtem ko kontinentalni racionalizem samomor pojmuje kot zločin in umor. Z razpolaganjem s seboj kot z golim sredstvom naj bi razvrednotili človeštvo v osebi, ki je bila zaupana človeku, da jo ohranja (Mlinar, 2005).

V 19. stoletju je medicina močno znanstveno napredovala na področju razvoja pomirjeval in analgetikov, s čimer se je postopno izoblikoval pojem evtanazija, kakršnega poznamo dandanes. Evtanazija pomeni dobro smrt z medikamentozno in duhovno zdravnikovo pomočjo.

4.2.4 Evtanazija v 20. stoletju

V 20. stoletju se pojavi pojem »smrti na zahtevo« (kazenski zakonik drugega nemškega rajha, 1871). Oseba, ki je umirajočemu pomagala umreti na njegovo prošnjo, je dobila najmanj tri leta zaporne kazni. Nižja kazen je povzročila zgražanje nasprotnikov, hkrati

pa motivirala zagovornike evtanazije, čigar cilj je uzakonjenje uničenja življenja, ki ga ni vredno živeti. Nova znanstvena odkritja in njihova povezanost s politiko ter medicino pa so sčasoma privedli do detabuiziranja vprašanja o evtanaziji. Pojavita se izraza »pomoč pri umiranju« ter »uboj na zahtevo« (kot sočutje, usmiljenje) (Mlinar, 2005).

Pomembni zagovorniki evtanazije tega obdobja so bili Jacob Richter, Roland Gerkan, Carl Binding in Alfred Hoche. Richter je svoje stališče argumentiral z milostnim strelom živali (zakaj ne bi bili usmiljeni tudi do ljudi?). Zahteval je dovoljenje uboja težko bolnih na njihovo prošnjo, a je parlament njegovo zahtevo zavrnil, češ da ima človek trpljenje za življenjsko preizkušnjo, kateri se nihče nima pravice izogniti. Roland Gerkan je svoja stališča predstavil v osmih členih, s katerimi je utemeljil evtanazijo kot uboj na zahtevo. Menil je, da imajo neozdravljivo bolni pravico do pomoči pri umiranju oz. do evtanazije, ki jo dovoljuje pristojna sodna oblast na bolnikovo prošnjo. Bolnika morajo pregledati zdravnik in dva specialista s ciljem ugotoviti, ali je smrtni izid verjetnejši od ozdravitve in povrnitve trajne delovne sposobnosti. Če se s preiskavo ugotovi verjetnost smrtnega izida, bolnik dobi pravico do evtanazije, sicer je njegova prošnja zavrnjena. Kdor bolniku z omenjeno nedvoumno željo in pravico povzroči smrt brez bolečin, ni kaznovan, v nasprotnem primeru, če bolnik tega ni izrecno in nedvoumno želel, se dejanje kaznuje z zaporno kaznijo. Omenjene teze naj bi se smiselno uporabilo tudi pri telesno prizadetih in hirajočih bolnikih. S svojimi stališči je Gerkan zagovarjal dekriminalizacijo uboja na zahtevo oz. na bolnikovo prošnjo prek pristojnega sodnega organa pod pogojem, da bi se postopek izvršil po medicinskih merilih. Številni so se na njegov predlog odzvali z dvomi, predvsem zaradi zadnjega paragrafa, kjer ni jasno opredelil hromih in hirajočih bolnikov (Mlinar, 2005).

Karl Binding, ki je poudarjal, da ima človek pravico sam odločati o svojem življenju in da zato samomor ne bi smel biti prepovedan, je evtanazijo opredelil kot »ozdravljajoč poseg ob koncu življenja«. Ljudi, za katere bi bila smrt rešitev, je razdelil v tri skupine, in sicer: (a) težki bolniki in ranjenci, ki so brez upanja na ozdravitev in imajo željo končati trpljenje, (b) »neozdravljivi bebc« z brezciljnim življenjem, ki so svojim bližnjim, bolniškemu osebju ter ostali družbi v breme, ter (c) bolniki, nesposobni odločanja o samem sebi (npr. bolniki, ki so že dlje časa v komi). Njegovo razpravo je z medicinskega vidika nadaljeval psihiater Alfred Hoche, ki se je osredotočal predvsem na drugo skupino ljudi, katero je poimenoval s pojmom »balastna eksistenca« in »defektni človek«. Oba avtorja sta s svojimi stališči požela tako splošna odobranja kot ostre kritike ki so predstavljala odzive predvsem zdravnikov (Mlinar, 2005).

Adolf Hitler je zagovarjal evtanazijo kot odstranitev slabotnih, kar bi prispevalo k dvigu moči, z nego bolnih in slabotnih pa zgolj posegamo v naravni izbor. V tretjem rajhu se je pripravljala evtanazijski program pod skrivnim imenom »akcija milostna smrt«. Nacisti so najprej začeli izvajati prisilno sterilizacijo, splav in evtanazijo otrok z namenom, da bi v končni fazi izvajali tudi evtanazije odraslih oseb. Ko so omenjeno akcijo morali zaustaviti, so dejanja skrivno izvajali v zdravstvenih ustanovah. Ti

programi so terjali ogromno število žrtev, nekatera taborišča so bila celo urejena kot evtanazijski centri, v katerih so sodelovali številni specialisti medicine in zdravstvene nege (Mlinar, 2005).

Evtanazija je še dolgo po drugi svetovni vojni poosebljala nacistična grozodejstva, kar je privedlo do tabuiziranja evtanazije, saj je bilo v omenjena dejanja vpletenih veliko zdravnikov. Šele v 70. letih so se zagovorniki evtanazije zopet pričeli zavzemati za »pomoč pri umiranju«, naraščali sta naklonjenost in odobravanje evtanaziji. Vedno več je bilo evtanazijskih društev po vsem svetu, s ciljem legalizacije uboja na zahtevo oz. zdravniške pomoči pri samomoru in s poudarjanjem pacientove avtonomije. Njihovi cilji so med drugim podrobnejša opredelitev svobodnega razpolaganja s seboj, pravna opredelitev aktivne in pasivne evtanazije, humaniziranje bolnišničnih pogojev za umirajoče in izboljšanje kakovosti življenja. Kljub visokemu odstotku zagovornikov evtanazije zdravnikom in pravnikom pravna uresničljivost njihovih zahtev ni bila najbolj blizu (Mlinar, 2005).

4.3 Stališča o evtanaziji v sodobni slovenski družbi

V sodobni civilizaciji je evtanazija postala eno najboljčutljivejših vprašanj, saj je spoštovanje človekovega življenja in dostojanstva ena temeljnih vrednot današnje družbe (Trontelj, 2003). Bošnjak (1996) navaja, da obravnavanje evtanazije temelji na razumevanju življenja in njegovega smisla. Glede na to razumevanje se oblikujejo različna stališča o tem, ali je evtanazija dopustna ali ne. Ta stališča je mogoče razdeliti v dve nasprotujoči si skupini argumentiranja evtanazije: skupino, ki kakršnokoli obliko evtanazije odločno in absolutno zavrača, ter nasprotno skupino, ki evtanazijo v določenih okoliščinah in nekaterih oblikah dopušča. Takšna je tudi situacija v Sloveniji, kar sem predstavila v nadaljevanju.

4.3.1 Mnenja o evtanaziji pri nas

Kraljić, Reberšek Gorišek in Rijavec (2014) omenjajo, da se za legalizacijo takšne ali drugačne oblike evtanazije pri nas zavzema večina ljudi, medtem ko zdravniška cehovska združenja in katoliška Cerkev temu močno nasprotujejo, češ da bi z legalizacijo evtanazije legalizirali umor in s tem na široko odprli vrata množičnim zlorabam ter se tako znašli na spolzki strmini, po kateri bi v kratkem času zdrsnili v množično škodovanje najbolj občutljivi populaciji. Po njihovem mnenju je evtanazija lažni humanizem, saj zanjo obstaja bolj humano nadomestilo – ustrezna paliativna oskrba. Stroka evtanaziji nasprotuje predvsem zaradi praktičnih izkušenj, ki kažejo na to, da se je nemogoče izogniti njenim tragičnim posledicam, kot so napake, zlorabe ter daljnosežne spremembe ravnanja s človekovimi pravicami (npr. evtanazija bolnika z napačno diagnosticirano ozdravljivo boleznijo; usmritev bolnika, ki pomena evtanazije in odločitve zanjo ni sposoben razumeti; vpliv evtanazije na spreminjanje mišljenja in pogleda na človekovo življenje kot najvišjo vrednoto) (Kraljić idr., 2014).

Dvome o evtanaziji upravičujejo različni odmevni primeri, ki pomembno vplivajo na stališča javnosti in zdravnikov, kot npr. zgodba Jane Campbell. Ob njenem rojstvu so materi napovedali, da bo hčerka živel le kakšno leto. Prognoza o terminalni bolezni je bila seveda zmotna; kljub temu da je ga. Campbell v odrasčanju pogosto zbolevala za smrtno nevarnimi pljučnicami, je po zaslugi antibiotikov in respiratorja uspešno odrasla ter preživela (Reberšek Gorišek, Rijavec, Flis, Planinšek in Kraljič, 2006).

Po svetu je vse več bolnikov v kroničnem nepovratnem vegetativnem stanju, število pa narašča zaradi učinkovitejšega oživljanja ob zastoju srca in dihanja, kar pa žal mnogim ne reši možganskih funkcij. Papeška akademija za življenje in Zveza društev katoliških zdravnikov sta organizirali kongres na temo vegetativnega stanja in se zavzemali za ohranjanje življenja do smrti, ki nastopi po naravni poti. Nepovratnost vegetativnega stanja zavračajo z obrazložitvijo, da je tovrstno stanje in samo odpoved velikih možganov nemogoče zanesljivo potrditi; opozorili pa so na preveč optimistično srčno-pljučno oživljanje (Reberšek Gorišek idr., 2006).

Precej različnega mnenja glede legalizacije evtanazije so pri nas predvsem predstavniki filozofije in zdravstva. Zdravniki ji niso naklonjeni, medtem ko filozofi v ospredje postavljajo možnost svobodne izbire posameznika, da konča svoje življenje z medicinsko pomočjo (»Zdravniki in filozofi glede vprašanja evtanazije«, 2015).

4.3.1.1 Mnenje stroke

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, katere člani so zdravniki, filozofi, psihologi in pravniki, evtanaziji nasprotuje. Kot argument v prvi vrsti navaja dejstvo, da je najpomembnejša zdravnikova naloga to, da ostane bolnik živ, četudi je včasih kljub največjemu možnemu trudu in znanju neuspešna. Drug pomemben argument so zlorabe, ki se kažejo povsod, kjer je evtanazija že uveljavljena v praksi; opozarjajo predvsem na podatke iz Nizozemske, ki je po evtanaziji v samem vrhu in kjer naj bi bilo zlorab več kot uradnih izvršitev evtanazij. Najpogostejše zlorabe so: izvedba aktivne evtanazije brez bolnikovega soglasja; izvršitev evtanazije, čeprav niso bile izčrpane vse druge možnosti za ohranitev bolnika pri življenju; smrtna doza morfija z namenom pospešitve smrti, ne pa lajšanja bolečin, dana brez pacientove privolitve; porast števila uporabe t. i. terapije z dvojnim učinkom, ki bi lahko predstavljala prikrito evtanazijo. Pojavili so se celo predlogi, da bi evtanazijo na Nizozemskem izvršili vsem otrokom, rojenim z raznimi napakami (Zupanič, 2015).

Predsednik komisije za medicinsko etiko (nekoč minister za zdravje) Božidar Voljč opozarja, da na Nizozemskem okrog 20 % vseh izvršenih evtanazij sploh ni uradno evidentiranih, zato je pri vprašanju o morebitni legalizaciji evtanazije potrebno dobro premisliti o posledicah. Meni, da je pomembno razmišljati objektivno; v zadnjih mesecih življenja se porabijo velike količine denarja za neučinkovite postopke, zato je

zelo smiselna uvedba paliativne oskrbe, ki med drugim vključuje lajšanje bolnikovih bolečin (»Zdravniki in filozofi glede vprašanja evtanazije«, 2015; Zupanič, 2015).

Nekdanji predsednik Zdravniške zbornice Slovenije Andrej Možina je mnenja, da zdravniki sprejemajo izredno težke odločitve že s tem, ko se odločajo kdaj prenehati z aktivnim zdravljenjem neozdravljivo bolnega oz. umirajočega pacienta. Zato zdravniki ne želijo prevzeti še veliko večjega bremena – bremena odločitve o izvršitvi evtanazije (»Zdravniki in filozofi glede vprašanja evtanazije«, 2015). Po njegovem mnenju je delo zdravnikov intenzivistov izredno zahtevno, saj skrbijo za bolnike v brezupnem stanju in s tem povzročajo vrtoglave stroške, čeprav pacientom ni pomoči. Poleg tega delujejo pod pritiskom bolnikovih svojcev, ki včasih zahtevajo, naj se bolnika pusti umreti, spet drugič prosijo, naj se opravi vse mogoče preiskave in posege, da le-ta preživi (Zupanič, 2015). V večini primerov si družina želi, da bi njihov član preživel, in upa do zadnjega, da mu bo zdravnik pomagal in ga ozdravil. Tudi pacienti si najpogosteje želijo živeti.

Franc Strle, predsednik zdravstvenega sveta in predstojnik infekcijske klinike UKC Ljubljana, trdi, da med njegovim dolgoletnim delovanjem na oddelku intenzivne nege ni nihče od njega zahteval, da naj mu pomaga umreti. Podobno izkušnjo opisuje infektologinja in predsednica komisije pri varuhu bolnikovih pravic v Mariboru Jelka Reberšek Gorišek, ki trdi, da v svoji zdravniški karieri ni nikoli dobila prošnje za pomoč pri umiranju niti od bolnikov niti od njihovih svojcev. Četudi bi takšno prošnjo kdaj prejela, ne bi nikoli zmogla pri umiranju aktivno pomagati, ker bi bilo to v nasprotju z njeno strokovno in moralno ter etično vzgojo. Reberšek Gorišek je prepričana, da je nujno potrebno, da neozdravljivo bolnim z ustrezno nego in duševno podporo zagotovimo pravico do dostojne in neboleče smrti, v okolju, ki je za bolnika čimbolj domače in prijetno, vključno z nudenjem podpore njegovim najbližjim, s čimer se strinjata tudi Strle in Možina. Menita, da bi bile v družbi poglobitnejše razprave o izboljšanju paliativne oskrbe kot razprave o sami evtanaziji, pri čemer se jima pridružuje vodja centra za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo Mateja Lopuh iz jeseniške bolnišnice. Lopuh meni, da si bolniki z neozdravljivimi boleznimi želijo nove terapije, ki bi jim podaljševala življenje, ne želijo pa si umreti. Za posameznike, ki nikakor ne želijo trpeti brezupnih bolečin, Reberšek Gorišek izpostavlja možnost, ki obstaja tudi pri nas in jo omogoča Zakon o pacientovih pravicah: upoštevanje bolnikove vnaprej izražene volje glede zdravstvene oskrbe v primeru okoliščin, ko bi mu bila odvzeta sposobnost izražanja lastne volje. Te zahteve pa morajo biti pravočasno izražene v pisni obliki (Kontler Salamon, 2013; »Zdravniki in filozofi glede vprašanja evtanazije«, 2015).

4.3.1.2 Stališča teologov in verskih skupnosti

Zdravniškim stališčem pritrujejo tudi številni teologi, ki se skupaj z večino verskih skupnosti sklicujejo predvsem na argument svetosti in popolne nedotakljivosti življenja. Po njihovih kriterijih je končanje življenja, ki ne gre po naravni poti, dopustno le v

vojnah, kjer naj bi šlo za ogrožanje lastnega življenja iz plemenitih razlogov ter na osnovah obsodbe sodišča, poleg tega močno obsojajo skrajšanje življenja zaradi nevzdržnih bolečin in trpljenja, saj je trpljenje po religioznih kriterijih del življenja – človek je trpin (Jušić, 2002).

Mnenje dr. Antona Mlinarja je, da ni potrebe po uzakonitvi pravice do evtanazije, ker družba s takšno pravico ne bi ničesar pridobila, ampak izgubila; sprejetje zakona o legalizaciji evtanazije ne predstavlja napredka, temveč nazadovanje. Pojasnjuje še, da evtanazija ni izrecno dovoljena nikjer – v državah, kjer je legalizirana, ni kazniva, če poteka po določenem protokolu, kar pa ne pomeni, da je dovoljena. Meni, da legalizacija pomeni ureditev tega vprašanja, ne pa dovoljenje, kajti to bi bila liberalizacija, ki je po njegovem v družbi, v kateri je uboj z zakonom prepovedan, nedopustna. Dodaja še, da je evtanazija večinoma grda smrt oz. umiranje. Razprave o evtanaziji v družbi podpira, saj se na tak način odpravljajo nejasnosti, opozori pa, da bi pri anketah morali pridobiti oz. predstaviti bolj verodostojne rezultate. Opozarja na podatke z Nizozemske, kjer naj bi bilo 97 % prebivalcev opredeljenih za evtanazijo v času odsotnosti bolezni, ko zbolijo, pa jih enak odstotek temu nasprotuje (Mlinar, 2015; »Zdravniki in filozofi glede vprašanja evtanazije«, 2015).

Poleg tega pa člani Komisije Pravičnost in mir pri SŠK (Slovenska škofovska konferenca) menijo, da legalizacija evtanazije na široko odpira vrata mnogim težavam in je zato nesprejemljiva. Svoje prepričanje argumentirajo s tem, da (Strehovec, 2015):

- izvrševanje evtanazije vključuje zdravstvene delavce, zdravnike, pravnike kar pomeni, da se nikoli ne zgodi zasebno;
- ni prav, da o evtanaziji razmišljamo kot o opciji zmanjševanja finančnih stroškov zdravljenja hudo bolnih pacientov;
- z uzakonjenjem evtanazije dajemo priložnost izvrševanju evtanazij brez soglasij bolnikov ter
- povzročimo pojav »spolzkega nagiba«, ki pomeni, da se začetna zamisel sčasoma lahko hitro iztiri in tako pripelje npr. do tega, da bi se evtanazija dovoljeno pričela izvajati nad najranljivejšimi družbenimi skupinami, kot so otroci, duševni bolniki, zaporniki ipd.;
- je z vidika verske skupnosti z evtanazijo bolnik prikrajšan pomembnega duhovnega doživetja procesa umiranja.

Podobne težave je izpostavil tudi Janez Milčinski, ki omenja, da je zaradi trenutnega vpliva neznosnih bolečin na bolnika upoštevanje njegove volje lahko onemogočeno. Bolnik ima lahko zaradi prizadetosti organizma zmanjšano opravilno sposobnost, obstaja pa tudi možnost zmotne ocenitve bolnikovega zdravstvenega stanja pa tudi onemogočenega prenosa odločitve na družinske člane, ker so le-ti pod vplivom čustvene prizadetosti ali nasprotno – lahko imajo interese v zvezi z dediščino (Bošnjak, 1996).

Dr. Tadej Strehovec (2015) meni, da je merilo družbene kvalitete preskrbljenost bolnih in ostarelih, ne pa pogostost poseganja po samomoru in evtanaziji. Dodaja, da v komisiji podpirajo nudenje paliativne oskrbe in se zavzemajo za vzgojo ter izobraževanje tako odrasle populacije kot mladine o oskrbi bolnih svojcev, vnaprej izraženi volji in paliativni negi.

S pojmovanjem popolne nedotakljivosti in svetosti človeškega življenja se ne strinja specialist mikrobiologije in imunologije prof. dr. Alojz Ihan, ki meni, da so se s tem ljudje prisiljeni odreči pravici, da razpolagajo sami s svojim življenjem; tistim, ki niso enakega mnenja, jim je takšno pojmovanje vsiljeno, kar pa že pomeni, da gre za verski fundamentalizem (Kotler Salamon, 2013).

Prosta pravica do razpolaganja s svojim življenjem ima kljub vsemu veliko pasti, ki so jih člani Komisije Pravičnost in mir pri SŠK opisali v svojih argumentih, katere v večini lahko štejemo kot smiselne glede na to, da se v državah z legalizirano evtanazijo resnično udeležujejo, in sicer v nezanemarljivem številu. Ravno zato se ta tema tiče celotne družbe, ne le zdravstva in stroke, kar podpira tudi predsednik parlamentarnega odbora za zdravstvo v DZ Tomaž Gantar (2015), ki meni, da je o evtanaziji (kot možnosti legalizacije pri nas) potrebno in smiselno razpravljati v okviru civilne družbe. Meni, da pobudnik diskusije o legalizaciji evtanazije ne more biti zdravstvo, saj bi to bilo v nasprotju z našim osnovnim poslanstvom, je pa prepričan, da je v kulturah, v katerih je evtanazija dovoljena, potrebna zelo visoka raven zaupanja do države in do zdravstvenega sistema, mi pa v tem času tega nismo sposobni. Do zavedanja zagovornikov legalizacije evtanazije o vseh pravnih in tudi drugih vprašanjih, ki bi se z legalizacijo odprla, izraža dvome in trdi, da je še pred tem nujno potrebno kar nekaj stvari spremeniti znotraj naše družbe in zdravstvenega sistema (Arko, 2015).

V primeru legalnosti prostovoljne aktivne evtanazije, bi bilo, kljub temu da so moralni argumenti že dokazali njeno legitimnost, potrebno izvajanje le-te pod natančnimi in striktno definiranimi pogoji, ki jih mora izpolnjevati bolnik in tudi izvajalec oz. zdravnik. To v svojem članku *Evtanazija – njen zagovor* (2009) opisuje Pahor, in sicer bi po njegovem mnenju uzakonjenje prostovoljne evtanazije in zdravniške pomoči pri samomoru bolnikom ponudila opcijo, da v izjemno hudih primerih sami odločajo, ali bi svoje življenje nadaljevali ali končali. V članku je še zapisal, da poleg tega »*tudi zdravnikom ne bi bilo treba delovati pod masko in pretvezo, da npr. prakso paliativne ali blažilne nege vselej uporabljajo izključno za lajšanje pacientovih muk, ne pa tudi z namero končati pacientovo življenje (»doktrina dvojnega učinka«, po kateri se smrt takih pacientov obravnava kot »stranski učinek« zdravljenja oz. lajšanja bolečin, in ne kot predvideno stanje, ki bi dokazovalo namernost takih dejanj)*. Menim torej, da bi možnost evtanazije in zdravniške pomoči pri samomoru na paciente delovala pomirjajoče in človeško. Zavzemam se za to, da bi evtanazija postala možnost in nikoli prisila niti tihi pritisk. Čeprav so primeri neprostovoljne evtanazije lahko včasih enako upravičeni kakor obstoječa praksa prekinitve aktivnega zdravljenja ter paliativna nega,

se zavzemam le za legalizacijo prostovoljne evtanazije, ki vključuje precej manjši spekter potencialnih zlorab. Pacientom, ki prestajajo neznosne muke, lahko v določenih primerih priznamo stisko in brezup le tako, da jim omogočimo čim krajšo in čim manj mučno umiranje.» (Pahor, 2009, str. 251) Dodaja še, da neposluh za človekovo lastno izrečeno željo po takojšnjem odrešenju kaže na pomanjkanje empatije s stališča posameznika ter na nizko stopnjo liberalnosti s stališča družbe.

Akad. prof. dr. Jože Trontelj, nekdanji predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU) in mednarodno ugledni nevrolog, trdi, da predsmrtna bolečina nikakor ne bi smela biti indikator za izvršitev evtanazije, saj se dandanes le-to lahko slehernemu bolniku ublaži z dovolj veliko dozo zdravil ali pa s paliativno sedacijo v skrajnih okoliščinah. Sem sodijo neobvladljivi simptomi, kot so hude, neobvladljive bolečine, ki so posledica neozdravljive bolezni v zadnji fazi pri umirajočem bolniku, tako mu ob njegovi privolitvi z dovolj velikim odmerkom povzročijo, da globoko zaspi, vendar mu s tem ne skrajšajo življenja (Kontler Salamon, 2013).

Stališča javnosti o evtanaziji se sčasoma spreminjajo. Če je še pred leti pri večini ta veljala za popolnoma negativno in neetično ravnanje, jo imajo zadnje čase številni za etično nesporno dejanje, ki bi moralo biti posameznikova osebna pravica in svoboščina. Po mnenju dr. Trontlja (Kontler Salamon, 2013) je glavni povzročitelj za takšen premik mnenj to, da se sodobna medicina hitro razvija in je tako s pomočjo zdravil ter aparatov zmožna ohranjati žive bolnike, ki bi še pred nekaj deset leti umrli hitro in brez hujših bolečin. Spremenilo se je tudi vrednotenje kvalitete življenja, saj večina ljudi meni, da raje živijo kratko in zdravo življenje, kot da se njihovo življenje v nedogled podaljšuje in tako zaradi hudega trpljenja in bolečin povsem izgubi kakovost. Tretji razlog je mnenje javnosti, da imajo pravico do osebne avtonomije, zavrnitve zdravljenja in smrti, vendar opozarja na povezovanje evtanazije z odvzemom organov. Nekatero predlogo posameznih filozofov označuje za skrajno sporne, saj se po njihovem pri odvzemu človeških organov ne bi čakalo na smrt darovalca, pač pa bi ga prav z odvzemom organov usmrtili in s tem ob izvrševanju evtanazije opravili še »dobro« delo. Posvari, da se nad takšnimi stvarmi hitro izgubi nadzor in ko se te enkrat izmuznejo iz rok, gredo tako daleč, da jih je nemogoče ustaviti. S tem se strinja žilni kirurg in izredni profesor mariborske medicinske fakultete dr. Vojko Flis, ki opozarja, da je evtanazijo nemogoče pravno urediti do tako visoke stopnje varnosti njenih postopkov, da bi onemogočala zlorabe (Kontler Salamon, 2013; Urbančič, 2006).

4.3.1.3 Filozofi na nasprotnem polu

Stališčem nekaterih pravnikov, zdravništva in cerkve odločno nasprotujejo filozofi.

Po navedbah dr. Igorja Pribca stališča zdravnikov o evtanaziji kot lažnemu humanizmu preprečujejo učinkovito razpravo o tej temi. Sam je mnenja, da bi dobra zakonodaja zagotovo izvrševanje evtanazije lahko tako zavarovala, da bi bila možnost zlorab

nemogoča. Glede na visoko podporo evtanazije s strani javnosti pa je razprava o evtanaziji nujna. Pribec dodaja, da če med pacienti resnično ne bi bilo želja po zdravniški pomoči pri končanju svojega življenja, potem se tudi v primeru, če bi bila evtanazija legalizirana, zdravniki ne bi smeli obremenjevati s tem vprašanjem. Po njegovih ocenah so si zdravniki med seboj neenotni glede pogledov na aktivno evtanazijo; Friderik Klampfer pa meni, da pri evtanaziji ali paliativni oskrbi ni dileme, saj družba potrebuje oboje (»Zdravniki in filozofi glede vprašanja evtanazije«, 2015).

4.4 Evropske države z legalizirano evtanazijo

4.4.1 Nizozemska

Nizozemska je predvsem v očeh zahodne Evrope družba z dokaj liberalno zakonodajo, saj ima, kar se evtanazije tiče, najbolj liberalno prakso vseh evropskih držav (Ellershaw in Gilhooley, 2007). Do konca 60. let se pri njih o evtanaziji ni prav dosti razpravljalo. Prve razprave so se sprožile leta 1973, ko je bila zdravnica Geertruido Postma van Boven obtožena zaradi pomoči pri samomoru z usodno dozo morfija, ki jo je dala svoji 78-letni materi. Obsojena je bila na en teden pogojne zaporne kazni. Drugi primer zdravnikove pomoči pri samomoru se je pojavil leta 1982, ko je zdravnik z dvema injekcijama neznanе snovi evtanaziral 95-letno pacientko. Nizozemsko kraljevo zdravniško društvo je obtoženemu stalo ob strani z argumentom, da je šlo za ravnanje v skrajni sili. Leta 1987 sta po zavrnitvi prvega osnutka zakona mladih demokratov s strani nizozemskega državnega sveta, Nizozemsko kraljevo zdravniško društvo in Društvo zdravstvenih delavcev predlagala, da Državna komisija za evtanazijo razmisli glede praktičnih smernic za legalizacijo evtanazije (Mlinar, 2005).

Ellershaw in Gilhooley (2007) v svojem delu omenjata poročilo Jana Remmelinka, ki je bilo objavljeno leta 1991 in se je nanašalo na pregled prakse evtanazije v njihovi državi. Remmelinkov predlog je bil, da naj se evtanazija ne bi uzakonila, saj so raziskave pokazale, da se je pri 2300 pacientih izvršila prostovoljna evtanazija, pri 400 pacientih je šlo za samomor z zdravnikovim sodelovanjem, nad 1040 pacienti je bila izvršena evtanazija brez njihove privolitve oz. vednosti, kar 8100 pa jih je umrlo zaradi prevelikih odmerkov protibolečinske terapije (z razlogom pospešitve smrti, in ne lajšanja bolečin) – od tega 61 % namenoma in brez njihove privolitve.

Kljub temu je leta 1993 nizozemski parlament sprejel zakon o legalizaciji evtanazije, ki je začel veljati naslednje leto. Zakon naj ne bi pomenil legalizacije evtanazije, ampak poskus njene zaježitve. Ne glede na to, da so bili opredeljeni nujni varnostni pogoji (pacient mora sam in večkrat prositi za pomoč pri umiranju; biti mora izčrpno informiran o svojem stanju; vse možnosti zdravljenja so izčrpane; pridobljeno je mnenje drugega zdravnika), so kasnejše raziskave pokazale, da se je ravnanje glede evtanazije sčasoma nekoliko iztirilo. Število prijav evtanazij se je sicer nekoliko povešalo, vendar je ostalo več kot polovica primerov neprijavljenih; izvrševalec evtanazije ni vedno

pridobil mnenja drugega zdravnika; izkazalo se je, da so se glede pospešitve smrti zdravniki pogosto odločali samovoljno, kar pomeni, da se najpomembnejše – pacientove privolitve – velikokrat ni upoštevalo. Kritiki evtanazije so obenem opozarjali na posledično zavrtost razvoja paliativne oskrbe, saj je evtanazija cenovno ugodnejša in enostavnejša (Ellershaw in Gilhooly, 2007; Mlinar, 2005).

Nizozemski zakon o dopuščanju samomora z zdravnikovim sodelovanjem in evtanazije (Termination of Life on request and Assisted Suicide Act) je bil sprejet aprila 2001, v veljavo je stopil 1. aprila leta 2002, s čimer je Nizozemska postala prva država na svetu s popolno dekriminalizacijo zdravnikove pomoči pri umiranju oziroma samomoru. Pogoji, pod katerimi zakon dovoljuje evtanazijo in samomor z zdravnikovim sodelovanjem, so naslednji (Bogdanić in Rakić, b.d.; Ellershaw in Gilhooly, 2007; Mlinar, 2005):

- izrecna pacientova želja (izrečena v stanju sposobnosti presoje), prostovoljna s pisno privolitvijo, ki jo podpirajo zdravnikovi strokovni razlogi;
- bolnikove nevzdržne bolečine brez možnega izboljšanja stanja in podrobna informiranost o njegovem lastnem zdravstvenem stanju ter strinjanje bolnika, zdravnika in še dveh drugih zdravnikov (sodelujočega in neodvisnega) oz. strinjanje zdravnika, izkušenega na tem področju;
- izvedba usmrtitve po medicinsko primernih metodah;
- starost pacienta nad 12 let (pri bolnikih med 12. in 16. letom je potrebna privolitev staršev).

4.4.2 Belgija

Kmalu za Nizozemsko je še istega leta po njenem vzoru sprejela zakon o legalizaciji evtanazije tudi Belgija (The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002). Tam se je zakonodajna razprava o evtanaziji pričela v letu 1996. Leto kasneje je bil v parlament s strani Posvetovalne komisije za bioetiko vložen zakonski predlog. Ta je vseboval legalizacijo namernega ravnanja tretje osebe s ciljem končanja življenja po želji oz. zahtevi pacienta, ki prosi za to. S tem naj bi razkrili in preprečili t. i. »divje evtanazije«, ki so izvršene brez privolitve pacienta in posvetovanja zdravnika z drugimi kolegi. Evtanazija naj bi bila opravljena s strani zdravnika le v primeru brezupne terminalne faze bolezni; namen tega predloga je razlikovanje zdravnikovega ravnanja pri evtanaziji in pri paliativni terapiji ter omejitev brezsmiselnih postopkov zdravljenja (Mlinar, 2005).

V belgijskem zakonu o evtanaziji nikjer ni omenbe samomora s pomočjo, temveč je omenjana le evtanazija; omenjeni zakon ureja dejavnost evtanazije v praksi, položaj oseb, ki so neposredno vpletene (zdravnik in bolnik), bolnikovo zahtevo in njegovo zdravstveno stanje, dolžnosti zdravnika glede na podane zahteve in zdravstveno stanje ter končno prijavo evtanazije. Poudarek belgijske rešitve naj bi bil na pacientovi avtonomiji, dostojanstvu ter odgovornosti, vendar je nadzor nad kršenjem pravic in

morebitnostjo zlorab zelo vprašljiv oziroma težko izvedljiv. Razprava se izkušenj, trpljenja in drugih vrednot ni posebej dotaknila (Mlinar, 2005).

Belgijska in nizozemska zakonodaja o evtanaziji se razlikujeta predvsem po tem, da nizozemska uzakonja že obstoječo prakso, medtem ko je namen belgijske zakonodaje modificiranje zdravnikovega ravnanja v zvezi s končanjem pacientovega življenja (Mlinar, 2005).

Belgija je leta 2014 sprejela tudi zakon o evtanaziji otrok vseh starosti in s tem postala prva država na svetu, ki dovoljuje evtanazijo otrok brez starostne omejitve (na Nizozemskem je dovoljena evtanazija otrok, starejših od 12 let). Za izvršitev evtanazije pri otrocih zakon narekuje naslednje pogoje (»Belgija – prva država z evtanazijo za mladoletne otroke«, 2014; »V Belgiji prvič evtanazirali mladoletnika«, 2016):

- neozdravljiva bolezen, ki povzroča hude, neobvladljive bolečine, lajšanje le-teh pa je neučinkovito;
- bolnikovo prepričanje v izraženo željo in zavedanje njenih posledic;
- potrditev otrokovih staršev in zdravniške ekipe.

Nasprotniki evtanazije otrok (večinoma cerkveni voditelji in nekateri pediatri) so skeptični predvsem glede sposobnosti otrok za sprejemanje tako pomembnih odločitev, kot je smrt, zagovorniki pa so mnenja, da je evtanazija otrok humano dejanje, saj tako neozdravljivo bolni otroci niso več prisiljeni trpeti neznosne in neobvladljive bolečine. Državljeni Belgije v večini podpirajo zakon, z njim se strinjajo tudi nekateri pediatri, ki menijo, da umirajoči otroci dozoriijo izjemno hitro in so v tem primeru sposobni jasnejšega izražanja svojih želja od zdravih ljudi (»Belgija – prva država z evtanazijo za mladoletne otroke«, 2014; »V Belgiji prvič evtanazirali mladoletnika«, 2016). Evtanazijo so prvemu neozdravljivo bolnemu otroku v Belgiji izvršili septembra 2016, šlo naj bi za izreden primer dečka z neozdravljivo boleznijo (»V Belgiji prvič evtanazirali mladoletnika«, 2016).

4.4.3 Luksemburg

Tretja država v Evropi z uzakonjeno evtanazijo je Luksemburg, ki je zakon o evtanaziji sprejel leta 2009 (Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, Journal officiel du Grand – Duche de Luxembourg, 16. 3. 2009). Zakon vsebuje podobne rešitve kot nizozemski in belgijski, s to razliko, da mora v Luksemburgu zdravnik za izvršitev evtanazije predhodno pridobiti dovoljenje s strani Nacionalne komisije za nadzor, ki preveri in potrdi, da so zdravnikovi postopki potekali skladno z zakonom. Bolnik z neozdravljivo boleznijo, ki se odloči končati svoje življenje, mora za to pridobiti odobritev dveh zdravnikov in strokovne komisije. V Luksemburgu je evtanazija dovoljena odraslim razsodnim osebam, ki svojo zahtevo predhodno pisno izrazijo, dostopna pa je tudi za tujce ne glede na stalno prebivališče in državljanstvo, z osebnim zdravnikom v Luksemburgu, ki bolnika pred tem dalj časa zdravi (Bogdanić in Rakić, b.d.; Hanžič, 2015).

4.4.4 Švica

V Švici se zakonodaja o evtanaziji nekoliko razlikuje od Nizozemske, Belgije in Luksemburga; evtanazija je namreč tu po 114. členu Kazenskega zakonika Švice (Code penal Suisse, Le portail du Gouvernement suisse, 21. 12. 1937) kazniva. Zakonsko dovoljena pa je pomoč pri samomoru (Assistance au suicide), pod pogoji, navedenimi v 115. členu KZ Švice. Posebnost v švicarskem kazenskem zakoniku je ta, da je oseba, ki pomaga pri samomoru, kazensko preganjana le takrat, ko to stori zaradi svoje osebne koristi (Petrič, 2014). Pogoji, ki jih mora pacient izpolnjevati, da se zdravnik lahko odloči za pomoč pri samomoru, so naslednji (Mlinar, 2005):

- pacient je neozdravljivo bolan;
- seznanjen je bil z vsemi alternativnimi možnostmi, katere so bile tudi uporabljene;
- sposoben je sprejemati odločitve o svojem življenju;
- o svoji zahtevi je temeljito premislil in je trajna, o njej se je odločil samostojno, brez pritiska drugih, njegovo odločitev pa presodi oseba, ki je pri tem neodvisna (ni nujno, da je to zdravnik);
- pacient poslednje dejanje samomora obvezno izvrši sam.

Švicarske smernice o pomoči pri samomoru navajajo, da vloga zdravnika ni pomoč pri samomoru, ampak ravno nasprotno – blaženje in obvladovanje bolezenskih simptomov ter spremljanje pacienta in njegovega zdravstvenega stanja; v vsakem primeru ima zdravnik pravico do odklonitve pomoči pri samomoru (Mlinar, 2005).

Švica je po svoji pomoči pri samomoru dobro znana tudi drugod po svetu, saj zakonodaja dovoljuje nudenje pomoči pri samomoru tudi tujcem. Najbolj znano je evtanazijsko združenje Dignitas, kamor se zadnjih nekaj let zateka vse več tujcev. Opozarjajo, da Dignitas ni klinika, kot številni napačno predvidevajo, saj ta ne zajema zdravstvenega osebja, ki bi skrbelo za paciente, prav tako ne nudi možnosti namestitve, kjer bi pacienti lahko več časa ležali. Pacient si zadnje dejanje, ki povzroči smrt, zada samostojno, nikoli pa ne umre sam, temveč ob prisotnosti svojih najbližjih. Cilj združenja Dignitas je, da bi še drugod spremenili zakonodajo in vanjo vključili pomoč pri samomoru, tako tudi t. i. »samomorilskega turizma«, za katerega jih obtožujejo, ne bi bilo več (Hanžič, 2015).

4.5 Pravna ureditev evtanazije v Sloveniji

4.5.1 Splošno

V Sloveniji je človeško življenje varovano z Ustavo Republike Slovenije, ki v 17. členu določa, da je človekovo življenje nedotakljivo, v 18. členu pa prepoveduje mučenje in

ponižujoče ravnanje ter medicinske ali druge znanstvene poskuse brez človekove predhodne svobodne privolitve (Dolenc, 1997). Ustava RS (1991) po 51. členu določa, da lahko bolnik o svojem zdravljenju odloča samostojno oz. ga v zdravljenje, ki ga odkloni, ni mogoče prisiliti.

Izhajajoč iz Ustave RS, je izvajanje prostovoljne aktivne evtanazije (uboj iz usmiljenja; pomoč pri samomoru) v Sloveniji prepovedano. Prepoved se nanaša tudi na pasivno evtanazijo. Slednje ne smemo mešati s paliativno oskrbo ali pravico pacienta do vnaprej izražene volje glede zdravljenja; obe pravici sta urejeni v Zakonu o pacientovih pravicah (2008; v nadaljevanju ZPacP). Poleg tega ima pacient pravico, da se njegovo trpljenje in bolečine lajša z vsemi razpoložljivimi sredstvi. Prav to utegne včasih privedi do tega, da terapija povzroči skrajšanje življenja, ki pa ni zdravnikov primarni namen (Dolenc, 1997). Omenjene vidike, povezane z ureditvijo evtanazije v Sloveniji, smo pojasnili v nadaljevanju.

4.5.2 Kazenski zakonik

Kazenski zakonik Republike Slovenije (v nadaljevanju: KZ-1, 2012) izraza evtanazija ne omenja. Odvzem življenja (kamor prištevamo tudi evtanazijo) se smatra kot uboj in je po 115. členu KZ-1 kaznivo dejanje; prav tako se kaznuje napeljevanje k samomoru ter pomoč pri samomoru (120. člen KZ). 130. člen KZ-1 navaja tudi kaznivost opustitve pomoči osebi, ki je v smrtni nevarnosti. Po 178. členu KZ-1 je opustitev zdravstvene pomoči s strani zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca kazniva, vendar ima bolnik pravico do samostojnega odločanja o svojem zdravljenju; v primeru odklonitve zdravljenja ali če vnaprej pisno izrazi željo, da določenega zdravljenja oz. zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, pa je potrebno to zahtevo upoštevati (Dolenc, 1997).

4.5.3 Zakon o pacientovih pravicah

Kljub temu, da evtanazija in pomoč pri samomoru pri nas nista dovoljeni, ima bolnik po ZpacP pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju in upoštevanja njegove vnaprej izražene volje glede vrste zdravstvene oskrbe, posebej če se znajde v položaju, v katerem tega ne bi bil zmožen izraziti (v primeru neozdravljive bolezni, za katero bi zdravljenje le podaljševalo brezupno in trpeče preživetje) (32–34. člen ZPacP). Prav tako ima bolnik pravico do blažilne oskrbe oz. preprečevanja in lajšanja trpljenja (39. člen ZpacP). ZPacP torej pacientom, kljub temu da nimajo pravice do evtanazije, omogoča, da aktivno sodelujejo v procesu zdravljenja in o svojem zdravljenju tudi samostojno odločajo (Škrbič, 2008).

4.5.3.1 Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju

Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju pomeni pravico pacienta, ki je sposoben odločati sam o sebi, do privolitve v zdravstveno oskrbo. Brez njegovega

strinjanja je opravljanje katerega koli medicinskega posega ali zdravstvene oskrbe nedovoljeno. Pacientova privolitve je lahko ustna ali pisna. V primeru, ko pacient ni zmožen odločati o sebi oz. ni sposoben izraziti svoje volje, se brez predhodne privolitve lahko opravi nujna medicinska pomoč (28. člen ZPacP); prav tako se lahko brez njegove privolitve opravi medicinski poseg ali zdravstvena oskrba. Slednje se lahko izvede, če pacient ni sposoben izražanja svoje volje, zdravnik pa ne more vedeti, da pacient (ali njegov zastopnik) posegu nasprotuje, ker privolitve ni bilo mogoče pravočasno pridobiti, in če je ta medicinski poseg oz. zdravstvena oskrba največja zdravstvena korist za pacienta (29. člen ZPacP). Pacient, ki je sposoben odločati o sebi, ima pravico, da zdravstveno oskrbo zavrne (30. člen ZPacP). Če ta odločitev ogroža njegovo zdravstveno stanje in življenje, ga mora zdravnik poskusiti prepričati, da je ta odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo koristjo, ter mu predlagati pridobitev drugega mnenja. Privolitve v zdravstveno oskrbo ali zavrnitev le-te ima pacient možnost kadarkoli preklicati (31. člen ZPacP).

Otroke in duševne bolnike uvrščamo v skupino pacientov, ki niso sposobni odločanja o sebi. O otrocih do 15. leta starosti odločajo njihovi starši oz. skrbniki (razen v primeru nujne medicinske pomoči, ki se izvede tudi ob njihovi zavrnitvi), o duševno bolnih pa odločajo njihovi zakoniti zastopniki (v primeru, če zakonitega zastopnika nimajo, sprejemajo odločitve pacienti sami). Nujne medicinske pomoči pa ne zastopniki ne svojci nimajo možnosti odkloniti (ZPacP, 2008).

4.5.3.2 Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje

Polnoletni pacient, sposoben odločanja o sebi, ima pravico do vnaprej izražene volje (34. člen ZPacP, 2008). To stori tako, da pisno in overjeno pooblasti polnoletno osebo, ki bi o njegovi zdravstveni oskrbi odločala v primeru, ko pacient ne bi imel te sposobnosti. Upošteva se, da določene zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, v primeru, ko bi bil v stanju, ko svoje privolitve oz. zavrnitve ne bi mogel izraziti (ZPacP, 2008):

- če gre za hudo, kljub dosežkom medicinske znanosti, neozdravljivo bolezen, pri kateri gre le za podaljševanje preživetja in kljub zdravljenju ni upanja za ozdravitev, izboljšanje zdravja ali za lajšanje trpljenja ali
- če bi se z zdravstveno oskrbo le podaljševalo življenje v stanju hude invalidnosti kot posledice bolezni in dokončne izgube fizičnih ter duševnih zmožnosti za samooskrbo.

4.5.3.3 Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja

Vsak pacient ima tudi pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja, in sicer tako, da se nemudoma stori vse, kar je potrebno, da se bolečina odpravi oz. ublaži, kot je le mogoče, in da se nepotrebne bolečine ter trpljenje ustrezno preprečijo. Pacienti z neozdravljivo boleznijo in tisti v terminalni fazi bolezni, ki posledično močno trpijo, pa imajo pravico do paliativne oskrbe (39. člen ZPacP, 2008).

4.5.4 Načela medicinske deontologije

Zdravniku evtanazijo kot namerno skrajšanje življenja in pomoč pri samomoru prepovedujejo tudi načela medicinske deontologije in Hipokratova prisega, ki se v enem izmed svojih načel glasi (Dolenc, 1997): »*Da ne bom nikoli nikomur – tudi ko bi me prosil – zapisal smrtne droge ali ga z nasvetom napeljeval na tako misel ...*«. Seveda je Hipokratovo prisego potrebno razumeti z vidika obdobja, v katerem je nastala (med 6. in 1. stoletjem pr. n. št.), vendar ta še dandanes daje odgovore na številna vprašanja medicinske stroke. Evtanazijo prepoveduje tudi slovenski Kodeks zdravniške etike (2016), prej imenovan Kodeks medicinske deontologije Slovenije (1992). O različnih vidikih evtanazije so bile v preteklih nekaj desetletjih sprejete tudi številne mednarodne deklaracije, predvsem s strani raznih zdravniških združenj ali konferenc. Nekatere vsebujejo priporočila za zdravnike pri postavljanju diagnoze glede možganske smrti, navodila pri predpisovanju opiatov, priporočila za ravnanje v terminalnih stadijih bolezni ipd. Ker bi analiziranje vseh teh mednarodnih dokumentov presegalo namene te naloge, v nadaljevanju bomo analizirali le najpomembnejše, pri čemer začenjamo s slovenskim Kodeksom zdravniške etike.

4.5.4.1 Kodeks zdravniške etike

Po 29. členu Kodeksa zdravniške etike »zdravnik zavrača evtanazijo in pomoč pri samomoru«. V zvezi s tem Dolenc (1993, 1997) navaja, da je treba pri umirajočem bolniku izčrpati vse možnosti za smiselno zdravljenje in lajšanje trpljenja, umiranje in smrt pacienta pa spadata k zdravnikovemu postopku zdravljenja. V nasprotju s Kodeksom zdravniške etike, ki dobesedno omenja pojem »evtanazija« in »pomoč pri samomoru«, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2002) tega pojma ne vsebuje in ureja. V Načelu IV je zapisano zgolj naslednje: »Umirajočemu varovancu je treba kar najbolj zagotoviti ustrezno zdravstveno nego in oskrbo, razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, izpoved verskega prepričanja ter mirno smrt, dostojno za človeka.«

Ravnanje zdravnikov usmerjajo še različne deklaracije, sprejete s strani Svetovnega zdravniškega združenja (SZZ), najdemo pa jih tudi v delu *Medicinska etika in deontologija: dokumenti s komentarjem* (1993) avtorja Antona Dolenca.

4.5.4.2 Deklaracija o terminalni bolezni

Ena izmed deklaracij, ki deluje kot vodilo pri hudih neozdravljivih boleznih, je Deklaracija o terminalni bolezni (izvirno WMA Declaration of Venice on Terminal Illness), sprejeta leta 1983 s strani Svetovnega zdravniškega združenja (izvirno World Medical Assembly – WMA) in prenovljena leta 2006. Deklaracija že v uvodu vsebuje načelno moralno obsodbo evtanazije in medicinske pomoči pri samomoru. V preambuli deklaracija opozarja na to, da so mnenja in stališča do evtanazije in umiranja nasploh od

kulture do kulture zelo različna. Ker naj bi bilo postavljanje natančnih smernic in navodil glede odločanja v terminalnih stadijih bolezni neprimerno in nemodro, deklaracija artikulira temeljne principe, ki naj zdravnike vodijo pri sprejemanju odločitev, ki se nanašajo na medicinsko in zdravstveno nego v terminalnih stadijih bolezni.

Prvo načelo deklaracije opozarja, da je zdravljenje dolžnost zdravnika, ki je poleg tega dolžan lajšati pacientovo bolečino in trpljenje, kolikor je mogoče. Deklaracija izrecno določa, da ni izjem od tega načela, tudi v primerih neozdravljive bolezni. Drugo načelo izpostavlja dolžnost zdravnika, da pomaga pacientu pri vzpostavitvi optimalne kvalitete življenja prek nadzora nad bolezenskimi simptomi. To načelo omenja tudi pravico pacienta do dostojanstvene smrti in dolžnost zdravnika, da ga poduči o dostopnosti in učinkih paliativne nege. V tretjem načelu, ki je z vidika obravnave v tej diplomski nalogi najpomembnejše, je poudarjena pravica pacienta do samostojnega odločanja, ki jo je treba spoštovati tudi v terminalnih fazah njegove bolezni. Ta vključuje pravico do odklonitve zdravljenja ter pravico do lajšanja bolečin, kar lahko privede do hitrejšega umiranja. Deklaracija na tem mestu izrecno prepoveduje zdravnikom, da bi aktivno pomagali pacientom pri samomoru. V petem načelu deklaracija ureja pravico pacientov, da se upošteva njihova vnaprej izražena volja (Dolenc, 1993).

4.5.4.3 Priporočila za zdravnike v primerih pacientov v trajnem vegetativnem stanju

Posledica razvoja sodobne medicine z uporabo tehnik in sredstev pri obravnavanju kritičnih bolnikovih stanj (kardiorespiratorna podpora, parenteralno prehranjevanje ...) je vse večje število bolnikov v trajnem vegetativnem stanju. Z odkrivanjem novih metod število takšnih primerov iz leta v leto narašča.

Vegetativno stanje je stanje kronične nezvesti, ki ga povzročajo razne degenerativne bolezni, telesne poškodbe (predvsem poškodbe možganov), kapi, zastrupitve ipd. Takšno stanje povzroča, da se bolnik ne odziva na okolje in dražljaje in lahko sčasoma vodi v proces propadanja možganskih celic, telo pa ohranja funkcije, ki jih potrebuje za vegetativno preživetje, kar se z dovajanjem hrane in druge podpore lahko podaljšuje še mesece in leta. Izkušnje kažejo na to, da bolnik po 1–3 mesecih vegetativnega stanja redko preide v lažjo obliko bolezni (Dolenc, 1993).

Svetovno zdravniško združenje (WMA) je leta 1989 sprejelo priporočila za ravnanje zdravnikov v primerih trajnih vegetativnih stanj (WMA Statement on persistent vegetative state). Nezvestno stanje, ki traja šest mesecev, naj bi bilo dokončno, vendar se za postavitev diagnoze zahteva opazovanje v trajanju enega leta. Če se zdravnik teh načel drži, je možnost zmote zelo majhna.

4.5.4.4 Deklaracija o evtanaziji

Svetovno zdravniško združenje je leta 1987 sprejelo načelno Deklaracijo o evtanaziji (izvirno WMA Declaration on Euthanasia), ki jo je revidiralo leta 2015. SZZ v Deklaraciji evtanazijo zavrača kot zahtevo bolnika ali njegovih svojcev zavrača in jo obravnava za neetično. V zvezi s tem Dolenc (1993) meni, da ta prepoved zdravniku ne onemogoča upoštevanja želje umirajočega, da umre po naravni poti.

4.5.4.5 Deklaracija o samomoru z zdravnikovo pomočjo

Pri samomoru z zdravnikovo pomočjo gre za pomoč neozdravljivo bolnemu, ki trpi v bolečinah in je sposoben odločanja o sebi, da konča svoje življenje tako, da mu zdravnik priskrbi sredstvo ali zdravilo, ga pouči o jemanju in poda podatke o smrtnem odmerku. Tako kot evtanazija se samomor z zdravnikovo pomočjo smatra kot etično sporno in nesprejemljivo dejanje. SZZ je v zvezi s tem leta 1992 sprejelo Deklaracijo o samomoru z zdravnikovo pomočjo (izvirno WMA Statement on Physician-Assisted Suicide), v kateri je tovrstno pomoč zdravnika prepovedalo oz. označilo kot neetično ravnanje. Po drugi strani Deklaracija priznava pravico pacienta do zavrnitve zdravljenja. Zdravnik, ki takšno željo upošteva, ne ravna neetično

4.6 Paliativna oskrba

Temelječ na ugotovitvah o pravni ureditvi evtanazije v Sloveniji, pravzaprav v tej državi ne moremo govoriti o evtanaziji, saj je z Ustavo in zakonodajo prepovedana, prav tako jo zavrača medicinska stroka. Po drugi strani pa blaženje trpljenja, ki ga povzroča bolezen v terminalni fazi, postaja vse pomembnejše. V zvezi s tem Reberšek Gorišek idr. (2006) navajajo, da je paliativna (blažilna) oskrba dejanska alternativa evtanaziji.

Zanimiva je povezava med razvitostjo paliativne mreže ter legalizacijo evtanazije. V državah, kjer je evtanazija legalizirana, je paliativna oskrba slabše razvita. Za razliko od Velike Britanije, kjer je organiziranih več kot dvesto enot hospicev s 3000 posteljami ter približno 365 centri za oskrbo na domu, poleg tega imajo vedno več bolnišničnih timov za paliativno oskrbo v bolnišnicah, so na Nizozemskem službe za paliativno oskrbo redke. Kot zdravniško specializacijo je ne priznavajo, študentje medicine se namesto v paliativni oskrbi usposabljaajo v evtanaziji, število hospicev pa je ostalo od leta 1990 do danes enako. Približno tretjina Nizozemcev je mnenja, da je pri njih paliativna oskrba neprimerna, strokovnost zdravnikov na področju paliativne oskrbe pa je nezadovoljiva.

4.6.1 Začetki blažilne oskrbe bolnikov pri nas

Leta 1995 je bilo pri nas ustanovljeno prvo Slovensko društvo Hospic, pred tem pa je pri Škofijski karitas v Ljubljani z enako nalogo delovala Skupina za spremljanje umirajočih. Beseda hospic izvira iz latinskega izraza »hospitium«, ki pomeni gostišče ali zavetišče. Ideja o njem je stara, prvi moderni hospic (Hospic sv. Krištofa) je bil ustanovljen v Londonu leta 1967 s strani Cicely Saunders, ki velja za ustanoviteljico in »pionirko« svetovnega gibanja hospicev. Hospic ne predstavlja nekega kraja ali bivalne enote, temveč način pomoči, ki je nudena na smrt bolnim in njihovim bližnjim. Temeljno načelo paliativne oskrbe je dodajanje življenja dnem in ne dodajanje dni življenju (Jušić, 2002; Mlinar, 2005).

Sodobno gibanje hospic je prišlo do spoznanja, da lahko bolniki neobvladljive simptome bolezni s pravilnim zdravljenjem blažijo in obvladujejo. Hudo bolnemu in umirajočemu pacientu nudi celostno oskrbo, s ciljem obogatiti bolnikovo življenje ter izboljšati njegovo kakovost v zadnjih dneh, ne pa ga brezsmiselno podaljševati. Trudi se za nudenje učinkovite protibolečinske terapije ter vzpodbuja, da so ob bolniku navzoči njegovi prijatelji in družina, obenem pa podpira prostovoljno opravljanje dela in usposablja za spremljanje bolnih in umirajočih do praga smrti; hospic vzpostavlja tudi nudenje pomoči žalujočim. Opravljanje dela v hospicu je pogosto prostovoljno, prav tako je brezplačna oskrba bolnikov. Deluje večinoma kot nega na domu, zato naj objekt v ta namen niti ne bi bil potreben, čeprav so mnjenja, da bi zaradi razbremenitve svojcev v težkih trenutkih umirajoče oskrbovali v posebnem domu (Ellershaw in Gilhooly, 2007; Mlinar, 2005).

V Sloveniji hospic trenutno še ni v celoti vključen v sistem, čeprav spada v eno izmed pomoči paliativne oskrbe, njegovi predstavniki namreč sodelovanje na nek način odklanjajo (Pirnat, 2015).

4.6.2 Pomen paliativne oskrbe

Izraz »paliativna medicina« izhaja iz besede *pallium*, ki pomeni plašč. Ukvarja se z oskrbo bolnikov z neozdravljivimi boleznimi, in sicer s ciljem izboljšati kakovost preostanka bolnikovega življenja in njegove družine, ki se sooča s težavami bolezni njihovega najbližjega. Njena naloga je zgodnje prepoznavanje, ocenitev in obravnavanje bolečine in drugih fizičnih, duševnih ter socialnih težav. Oskrbo nudi skupina zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, socialnih delavcev, vključijo se lahko tudi duhovniki in prostovoljci (Ellershaw in Gilhooly, 2007; Jušić, 2002).

Paliativna oskrba smrti ne pospešuje in je niti ne zavlačuje, temveč zagotavlja blaženje bolečin in drugih nelagodnih bolezenskih simptomov ter na življenje in umiranje gleda kot na normalen naraven proces. Vključuje se že v zgodnji fazi bolezni, v zdravljenje, ki stremi k podaljšanju življenja (v praksi so to razne preiskave, kemoterapija, obsevanje).

Z izboljševanjem kvalitete življenja lahko vpliva na bolezenski potek, saj k oskrbi bolnika vključuje tudi psihološko in duhovno plat ter bolnike vzpodbuja k dejavnemu življenju do smrti, bolnikovim svojcem pa nudi oporo v času bolezni in žalovanja (Ellershaw in Gilhooly, 2007).

Specializirano znanje na področju paliativne oskrbe narašča, specializacijo s tem v zvezi opravlja veliko število poklicnih zdravstvenih delavcev, kar je zelo dobrodošlo. Pri nas je sprejet državni program paliative, ki zajema primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo. Ministrstvo za zdravje napoveduje, da se bo v prihodnje vložilo veliko truda v razvoj paliativne oskrbe pri nas; to področje naj bi bilo podrobno obravnavano v času od leta 2016 do 2025 v t. i. resoluciji nacionalnega zdravstvenega varstva (Pirnat, 2015).

5 ZAKLJUČEK

Pri preučevanju evtanazije se kot glavni problem kaže neskladnost mnenj in argumentov pobudnikov evtanazije ter tistih, ki temu odločno nasprotujejo, zato je stalno prisotno vprašanje o tem, ali je njena legalizacija upravičena in koristna ali ne. Na tem področju se prepletajo različna stališča tako stroke medicine in prava kot tudi ostale širše javnosti, religije, filozofov in civilne družbe. Zdravstveni delavci in zdravniki si postavljajo vprašanja o njeni sprejemljivosti večinoma z etične in moralne plati, medtem ko pravnike skrbijo pravna dopustnost in posledice, do katerih bi pripeljala legalizacija. Evtanaziji v večini niso najbolj naklonjeni; ostro ji nasprotujejo tudi predstavniki cerkve, ki se opirajo predvsem na argument svetosti življenja in pravice do življenja. V nasprotju z njimi pa zagovorniki legalizacije evtanazije pravico do življenja vidijo kot pravico do svobodnega razpolaganja z njim, kar vključuje tudi svobodno odločitev končanja le-tega. Poudarjajo tudi človekovo pravico do dostojne smrti, ki bi jo omogočila evtanazija, kajti po njihovem mnenju sodobna medicina mnogokrat bolnika vzdržuje v nezavidljivem ujetništvu neznosnih bolečin in trpljenja.

Evtanazija je opcija, s katero lahko najučinkoviteje odpravimo hude bolečine in trpljenje, ki so posledica neozdravljive bolezni in omogočimo popolno avtonomijo posameznika ter možnost svobodnega odločanja o svojem življenju, kar ustvarja občutek popolnega nadzora in kontrole nad potekom življenja. Vednost, da se zadnje trenutke pred smrtjo ne bo potrebno boriti s hudim trpljenjem in agonijo, pa mogoče prispeva celo k duševnemu blagostanju in zmanjševanju strahu pred smrtjo.

Kljub nekaterim prednostim, ki jih evtanazija omogoča, podatki iz držav, v katerih je uzakonjena, opozarjajo na previdnost. V državah z legalizirano evtanazijo se število izvršitev evtanazij povečuje, med njimi pa narašča število neprostovoljnih evtanazij. Povečuje se tudi število nedovoljenih evtanazij. V teh državah zdravniki opozarjajo na nevarnost, da bi jih zakonska ureditev privedla do občutka prisile izvrševanja evtanazije pri določenih pacientih. Legalizacija evtanazije tudi negativno vpliva na razvoj paliativne oskrbe.

Legalizacija evtanazije lahko hitro privede do tega, da bi se posamezni primeri evtanazije iz izjeme sčasoma prelevili v rutino. Z njo tvegamo nastanek številnih neizogibnih zlorab, kar pomeni, da bi se evtanazija lahko pričela izvajati tudi v primerih, ki so dandanes nesprejemljivi. Poveča se lahko pritisk na najbolj ogrožene skupine, kot so kronični bolniki, invalidi, starostniki in socialno ogroženi, saj je evtanazija finančno ugodnejša in preprostejša od zdravljenja bolnika v zadnjih mesecih življenja. Posledično bi evtanazija lahko predstavljala tudi varčevanje v zdravstveni blagajni, povečevala pa bi nestrpnost do tistih, ki kljub zadnjemu stadiju bolezni pri življenju vztrajajo in se za evtanazijo ne odločijo.

V Sloveniji zakonodaja bolnikom dopušča svobodno odločanje o svojem zdravljenju in aktivno vključevanje v sam proces zdravljenja. Kljub temu, da pri nas evtanazija ni legalizirana, ni nihče prisiljen v to, da bi življenje ohranjal za vsako ceno. Menim, da je slovenska zakonodaja na tem področju dobra in dovršena, saj dovoljuje prenehanje zdravljenja na bolnikovo predhodno izraženo željo, kar sočasno preprečuje zlorabe v primerih, ko bi se o tem zdravniki odločali sami. S skrbnim prizadevanjem za čim boljši razvoj paliativne oskrbe vključno s hospicem in z učinkovitim blaženjem bolečin ter trpljenja lahko pomembno vplivamo na dvig ravni človekovega dostojanstva in tako izboljšamo kvaliteto njegovih zadnjih dni. Ko s tem dosežemo, da se oseba v zadnjih stadijih bolezni počuti še vedno zaželeno, evtanazija ni več potrebna.

6 VIRI

- Arko, J. (24. 2. 2015). Kjer evtanazija ni kazniva, mora vladati visoka stopnja zaupanja. *Primorske novice*. Pridobljeno s <http://www.primorske.si/Plus/Zdravje/Kjer-evtanazija-ni-kazniva,-mora-vladati-visoka-st>
- Bajrektarević, S. (2012). *Evtanazija med religijo in pravom* (Diplomsko delo, Pravna fakulteta). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=28106>
- Bačnik, M., 2008. *Argument spolzke strmine v kontekstu razprave o koncu življenja* (Diplomsko delo, Filozofska fakulteta). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=7423>
- Belgija – prva država z evtanazijo za mladoletne otroke*. (13. 2. 2014). Pridobljeno s <https://www.rtvsl.si/svet/belgija-prva-drzava-z-evtanazijo-za-mladoletne-otroke/329774>
- Belgijska dvojčka evtanazirali, ker nista imela več razloga za življenje*. (16. 1. 2013). *Dnevnik*. Pridobljeno s <https://www.dnevnik.si/1042572205>
- Bogdanić, M. in Rakić, J. (b. d.). Eutanazija. *Pravne teme*, 2(3), 219–225. Pridobljeno s <http://pt.uninp.edu.rs/wp-content/uploads/2017/03/EUTANAZIJA.pdf>
- Bošnjak, M. (1996). Nekaj misli o problemih evtanazije. *Obzornik zdravstvene nege*, 30(1/2), 7–11. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-EK958H3V>
- Dolenc, A. (1993). *Medicinska etika in deontologija: dokumenti s komentarjem*. Ljubljana: Tangram.
- Dolenc, A. (1997). *Medicinska etika in deontologija II: razprave*. Ljubljana: Mihelač.
- Ellershaw, J. in Gilhooley, L. (2007). Evtanazija in paliativna oskrba – neprijetno partnerstvo? *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 35(227), 53–62. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-CFPJOAAC>

- Hanžič, S. (9. 1. 2015). V Švici do samomora za 8614 evrov. *Delo*. Prisobljeno s <http://www.delo.si/svet/evropa/v-svici-do-samomora-za-8614-evrov.html>
- Jelenko, K. (2013). *Pravna ureditev evtanazije* (Diplomsko delo, Pravna fakulteta). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=60014>
- Jušić, A. (2002). Eutanazija. *Revija za socialnu politiku*, 9(3–4), 301–309. Pridobljeno s <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/viewFile/157/1041>
- Kamnik, T. (2009). *Evtanazija med medicino in pravom, Dileme pravnega urejanja evtanazije* (Diplomsko delo, Pravna fakulteta). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=11557>
- Kontler Salamon, J. (14. 4. 2013). Evtanazija ali (le) pravica do dostojne smrti. *Delo*. Pridobljeno s <http://www.delo.si/druzba/znanost/evtanazija-ali-le-pravica-do-dostojne-smrti.html>
- Kraljić, S., Reberšek Gorišek, J. in Rijavec, V. (2014). *Medicina in pravo: sodobne dileme III*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.
- Lastna odločitev o življenju in smrti*. (5. 1. 2015). Pridobljeno s <http://svet24.si/clanek/novice/svet/54aa85c028cef/lastna-odlocitev-o-zivljenju-in-smrti>
- M. Štefanič, M. (16.10. 2015). Več samomorov po legalizaciji evtanazije. *Družina*. Pridobljeno s <https://www.druzina.si/ICD/spletnastran.nsf/clanek/vec-samomorov-po-legalizaciji-evtanazije>
- Milčinski, J. (1982). *Medicinska etika in deontologija: Razprave in članki*. Ljubljana: DDU Univerzum.
- Mlinar, A. (2005). *Evtanazija: Zgodovinski pregled, današnji položaj in etična refleksija*. Ljubljana: Študentska založba.
- Mlinar, A. (16. 3. 2015). Dr. Anton Mlinar: Legalizacija evtanazije za družbo predstavlja nazadovanje! Pridobljeno s <http://24kul.si/dr-anton-mlinar-legalizacija-evtanazije-za-druzbo-predstavlja-nazadovanje>

- Pahor, M. (2009). Evtanazija – njen zagovor. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 37(235/236), 240–252. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-HJCS2UW7>
- Petrič, M. (2014). *Pravni okvir evtanazije v primerjavi z asistenco pri samomoru* (Diplomsko delo, Pravna fakulteta). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=62168&lang=slv>
- Pirnat, N. (14. 4. 2015). Državna sekretarka Nina Pirnat: Zdravstveni sistem in evtanazija ne smeta postati politično vprašanje!. Pridobljeno s <http://24kul.si/drzavna-sekretarka-nina-pirnat-zdravstveni-sistem-in-evtanazija-ne-smeta-postati-politico-vprasanje>
- Podobnik, J. (b. d.). *Evtanazija* (Zaključna strokovna naloga visoke poslovne šole, Ekonomska fakulteta). Pridobljeno s http://www.cek.ef-unilj.si/vps_diplome/podobnik315.pdf
- Reberšek Gorišek, J., Rijavec, V., Flis, V., Planinšec, V. in Kraljič, S. (2006). *Medicina in pravo: Sodobne dileme*. Maribor: Pravna fakulteta Univerze v Mariboru, Splošna bolnišnica Maribor.
- Strehovec, T. (9. 2. 2015). Stališče Komisije pravičnost in mir SŠK o evtanaziji. Pridobljeno s <http://katoliska-cerkev.si/stalisce-komisije-pravicnost-in-mir-ssk-o-evtanaziji>
- Šibila, N. (2010). *Pravni in etični vidiki evtanazije* (Diplomsko delo, Pravna Fakulteta). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=12871>
- Škrbič, A. (2008). Legalizacija ali prepoved evtanazije?. *Pravna praksa*, 27(48), 20–22.
- Trontelj, J. (2003). Razmišljanja o evtanaziji v Evropi in v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(4), 253–258. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-C4FQIZV6>
- Urbančič, V. (2006). Pogled pravnika na evtanazijo. *Medicinski mesečnik*, 2(6–7), 206 – 213.
- V Belgiji prvič evtanazirali mladoletnika. (17. 9. 2016). Pridobljeno s <https://www.rtvsllo.si/svet/v-belgiji-prvic-evtanazirali-mladoletnika/402989>

Zdravniki in filozofi glede vprašanja evtanazije na različnih bregovih (4. 2. 2015).
Dnevnik. Pridobljeno s <https://www.dnevnik.si/1042705672>

Zupanič, M. (8. 1. 2015). Evtanazija: Nizozemska nam nikakor ne bi smela biti vzor.
Delo. Pridobljeno s <http://www.delo.si/novice/slovenija/evtanazija-nizozemska-nam-nikakor-ne-bi-smela-biti-vzor.html>

Pravni viri

Ustava Republike Slovenije (1991). Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ 121, 140, 143, 47/13 – UZ90, 97, 99 in 75/16 – UZ70a, 17. člen, 18. člen, 51. člen.
Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>

Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list RS, št. 15/08, 26. člen – 39. člen.
Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

Kazenski zakonik /KZ-1/ (2008). Uradni list RS, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo, 6/16 – popr., 54/15, 38/16 in 27/17, 115. člen, 120. člen, 130. člen, 178. člen.
Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5050>

WMA Declaration on Terminal Illness (1983 in 2006). Pridobljeno s <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness/>

WMA Statement on Persistent Vegetative State (1989). Pridobljeno s <http://hrlibrary.umn.edu/instree/vegetativestate.html>

WMA Declaration on Euthanasia (1987, 2005 in 2015). Pridobljeno s <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-euthanasia/>

WMA Statement on Physician-Assisted Suicide (1992, 2005 in 2015). pridobljeno s <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-physician-assisted-suicide/>

Kodeks zdravniške etike (1992). Pridobljeno s <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn>

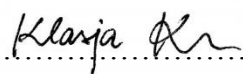
PRILOGE

IZJAVA O LEKTORIRANJU

Zaključno nalogo z naslovom Evtanazija – izzivi njene legalizacije v praksi

avtorja Ingrid Šturm
(ime in priimek)

je lektorirala Klasja Zala Kovačič
(ime in priimek)

Podpis lektorja/ice zaključne naloge: 

Podpis avtorja/ice zaključne naloge:

Kraj in datum: Izola, 13. 11. 2017